# KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. S MASALAH UTAMA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA DI RUANG
GELATIK 1 RUMAH SAKIT JIWA MENUR
PROVINSI JAWA TIMUR**

****

# Oleh :

**GANANG DWI PRIAMBODO
NIM. 1921007**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. S MASALAH UTAMA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA DI RUANG
GELATIK 1 RUMAH SAKIT JIWA MENUR
PROVINSI JAWA TIMUR**

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



**Disusun oleh :**

**GANANG DWI PRIAMBODO**

# NIM. 1921007

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022**

**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 yanggdijatuhkan oleh Stikes HanggTuah Surabaya.

Surabaya, 24 Februari 2022



GANANG DWI PRIAMBODO

NIM. 1921007

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : GANANG DWI PRIAMBODO

Nim : 1921007

Program Studi : D-III KEPERAWATAN

Judul **:** ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. S MASALAH UTAMA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA DI RUANG GELATIK 1 DI 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, 24 Februari 2022

Pembimbing



**Diyan Mutyah, S.Kep., Ns., M.Kes**

NIP 03.056

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 24 Februari 2022

**HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : GANANG DWI PRIAMBODO

Nim : 1921007

Program studi : D-III KEPERAWATAN

# Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. S MASALAH UTAMA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA DI RUANG GELATIK 1 DI RUMAH SAKIT JIWA MENUR PROVINSI JAWA TIMUR

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

Hari, tanggal : Kamis, 24 Februari 2022

Bertempatan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

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

Penguji I : **Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes (........................)**

 **NIP. 03.007**

Penguji II : **Abdul Habib, S.Kep., Ns (........................)**

 **NIP. 19760515 199703 1 005**

Penguji III : **Diyan Mutyah, S.Kep., Ns., M.Kes (.........................)**

 **NIP.04.015**

Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya Kaprodi D-III Keperawatan

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

**NIP.03.007**

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 24 Februari 2022

# KATA PENGANTAR

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

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

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

1. Drg. Vitria Dewi,M.Si Selaku Kepala Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Jawa Timur.
2. Dr. A.V Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M. Kes, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik Di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep, Ns., M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan dan penguji 1 yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Bapak Abdul Habib, S.kep, Ns., selaku penguji 2 yang dengan tulus iklas memberikan dukungan,arahan, dan masukan dalam penyusunan dalam penylesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Diyan Mutyah, S.Kep., Ns., M.Kes selaku penguji 3 yang dengan tulus iklas memberikan dukungan, arahan, dan masukan dalam penyusunan dalam penylesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak dan ibu dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus iklas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam nauangan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya mengucapkan, semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
8. Kepada semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuan dan semangat serta doa. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak 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 konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 24 Februari 2022

GANANG DWI PRIAMBODO

# DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL LUAR i
HALAMAN JUDUL DALAM.............................................................................. ii

[SURAT PERNYATAAN ii](#_bookmark1)i

[HALAMAN PERSETUJUAN iv](#_bookmark2)

[HALAMAN PENGESAHAN v](#_bookmark3)

KATA PENGANTAR vi

DAFTAR ISI viii

[BAB I](#_bookmark7) [PENDAHULUAN 1](#_bookmark8)

* 1. [Latar Belakang 1](#_bookmark9)
	2. [Rumusan Masalah](#_bookmark10) 3
	3. [Tujuan Penulisan](#_bookmark11) 3
		1. [Tujuan Umum](#_bookmark12) [3](#_bookmark12)
		2. [Tujuan Khusus](#_bookmark13) [3](#_bookmark13)
	4. [Manfaat Penulisan](#_bookmark14) 4
	5. [Metode Penulisan](#_bookmark15) 5
		1. [Metode](#_bookmark16) ......................................................................................................... 5
		2. [Teknik Pengumpulan Data](#_bookmark17) [5](#_bookmark17)
		3. [Sumber Data](#_bookmark18) [6](#_bookmark18)
		4. [Studi Kepustakaan](#_bookmark19) [6](#_bookmark19)
	6. [Sistematika Penulisan](#_bookmark20) 6

[BAB II](#_bookmark21) [TINJAUAN PUSTAKA 8](#_bookmark22)

* 1. [Konsep Skozofrenia 8](#_bookmark23)
		1. [Pengertian Skizofrenia](#_bookmark24) [8](#_bookmark24)
		2. [Etiologi Skizofrenia](#_bookmark25) [8](#_bookmark25)
		3. [Gejala Skizofrenia](#_bookmark26) 9
		4. [Tipe Skizofrenia](#_bookmark27) 10
		5. [Terapi Pengobatan Skizofrenia](#_bookmark28) 11
	2. [Konsep Halusinasi](#_bookmark29) 12
		1. [Pengertian Halusinasi](#_bookmark30) 12
		2. [Jenis-Jenis Halusinasi](#_bookmark31) 13
		3. [Faktor Penyebab](#_bookmark32) 14
		4. [Tingkatan Halusinasi](#_bookmark33) 16
		5. [Tanda Dan Gejala](#_bookmark34) [1](#_bookmark34)7
		6. [Rentang Respon](#_bookmark35) 18
		7. [Dimensi Halusinasi](#_bookmark36) 19

2.3 [Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori :](#_bookmark39) [Halusinasi](#_bookmark39) 21

* + 1. [Pengkajian](#_bookmark40) [2](#_bookmark40)2
		2. [Pemeriksaan Fisik](#_bookmark41) [2](#_bookmark41)2
		3. [Psikososial](#_bookmark42) [2](#_bookmark42)2
		4. [Status Mental](#_bookmark43) [2](#_bookmark43)3
		5. [Kebutuhan Perencanaan Pulang](#_bookmark44) [25](#_bookmark44)
		6. [Masalah Psikososial Dan Lingkungan](#_bookmark46) 25
		7. [Aspek Pengetahuan](#_bookmark47) 26
		8. [Aspek Medis](#_bookmark48) 26
		9. [Pohon Masalah](#_bookmark49) 26
		10. [Diagnosa Keperawatan](#_bookmark50) 26
		11. [Perencanaan Keperawatan](#_bookmark51) 26
		12. [Implementasi Keperawatan](#_bookmark52) 27
		13. [Evaluasi](#_bookmark53) ................................................................................................ 28

**2.4 Konsep Komunikasi Terapeutik 29**

2.4.1 Pengertian Komunikasi Terapeutik 29

2.4.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik 29

2.4.3 Manfaat Komunikasi Terapeutik 29

2.4.4 Teknik Komunikasi Terapeutik 30

2.4.5 Tahapan Komunikasi Terapeutik 32

**2.5 Konsep Stres Dan Adaptasi 33**

2.5.1 Pengertian Stres Dan Adaptasi 33

2.5.2 Sumber Stres 34

**2.6 Mekanisme Koping..................................................................................35**

[2.6.1 Definisi Mekanisme Koping 35](#_Toc97222556)
[2.6.2 Hasil dari Koping 36](#_Toc97222557)
[2.6.4 Sumber Koping 37](#_Toc97222559)

[**2.7 Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi 37**](#_Toc97222560)
[2.7.1 Pengertian 37](#_Toc97222561)
[2.7.2 Tujuan 38](#_Toc97222562)
[2.7.3 Aktivitas dan Indikasi 38](#_Toc97222563)

[BAB III](#_bookmark54) [TINJAUAN KASUS](#_bookmark55) 40

* 1. PENGKAJIAN 40
		1. [Identitas](#_bookmark57) ...................................................................................................... [40](#_bookmark57)
		2. [Alasan Masuk](#_bookmark58) [40](#_bookmark58)
		3. [Faktor Predisposisi](#_bookmark59) 41
		4. [Pemeriksaan Fisik](#_bookmark60) [42](#_bookmark60)
		5. [Psikososial](#_bookmark61) 43
		6. [Status Mental](#_bookmark62) 44
		7. [Kebutuhan Pulang](#_bookmark63) 46
		8. [Mekanisme Koping](#_bookmark64) 4[8](#_bookmark64)
		9. [Masalah Psikososial Dan Lingkungan](#_bookmark65) [49](#_bookmark65)
		10. [Pengetahuan Kurang Tentang](#_bookmark66) [49](#_bookmark66)
		11. [Aspek Medis](#_bookmark67) [4](#_bookmark67)9
		12. [Daftar Masalah Keperawatan](#_bookmark68) [50](#_bookmark68)
		13. Daftar Diagnosa Keperawatan 50
		14. Pohon Masalah 51

**3.2 Analisa** **Data** 52

**3.3 Rencana Keperawatan 53**

**3.4 Implementasi Dan Evaluasi 54**

[**BAB IV**](#_bookmark71)[**PEMBAHASAN**](#_bookmark72) **68**

* 1. [Pengkajian](#_bookmark73) 68
	2. [Diagnosa Keperawatan](#_bookmark74) 70
	3. [Rencana Keperawatan](#_bookmark75) 72
	4. [Implementasi Keperawatan](#_bookmark76) 73
	5. [Evaluasi Keperawatan](#_bookmark77) 77

[**BAB V**](#_bookmark78)[**PENUTUP**](#_bookmark79) **80**

* 1. [Kesimpulan](#_bookmark80) 80
	2. [Saran](#_bookmark81) 82

[**DAFTAR PUSTAKA**](#_bookmark82) 84

LAMPIRAN..........................................................................................................85Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Halusinasi 1 85

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Halusinasi 2 88

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Halusinasi 3 90

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Halusinasi 4 92

# DAFTAR TABEL

[Tabel 2.1 Tingkat Karakteristik Dan Perilaku Halusinasi](#_bookmark86) 16

[Tabel 2.2 Perencanaan Keperawatan](#_bookmark86) 28

[Tabel 2.3 Implementasi](#_bookmark86) 29

Tabel 3.1 Terapi Obat 47

Tabel 3.2 Analisa Data 49

[Tabel 3.3 Implementasi Keperawatan](#_bookmark86) 50

# DAFTAR GAMBAR

[Gambar 2.1 Rentang Respon](#_bookmark86) 18

[Gambar 2.2 Pohon Masalah](#_bookmark86) 28

[Gambar 3.1 Genogram](#_bookmark86) 40

# BAB 1

# PENDAHULUAN

# Latar Belakang

Kesehatan jiwa masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang signifikan di dunia, termasuk di Indonesia (Wijayati et al., 2019). Menurut data WHO (*World Health Organization*) pada tahun 2016 di Indonesia, dengan berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk, maka jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban Negara dan penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang. Orang Dengan Gangguan Jiwa yang selanjutnya disebut ODGJ adalah seseorang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013 dalam Palupi et al., 2019)

Skizofrenia artinya kepribadian yang terpecah antara pikiran, perasaan, dan perilaku (Yosep, 2014)Dalam artian apa yang dilakukan tidak sesuai dengan pikiran dan perasaannya. Halusinasi timbul tanpa penurunan kesadaran dan hal ini merupakan suatu gejala yang hampir tidak dijumpai pada keadaan lain. Paling sering pada skizofernia halusinasi pendengaran sebagai besar penderita halusinasi pendengaran dengan tanda gejala mendengar bisikan.

Prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia menurut data WHO, (World Health Organization)pada tahun 2019, terdapat 264 juta orang mengalami depresi, 45 juta orang menderita gangguan bipolar, 50 juta orang mengalami demensia, dan 20 juta orang jiwa mengalami skizofrenia. Meskipun prevalensi skizofrenia tercatat dalam jumlah yang relative lebih rendah dibandingkan prevalensi jenis gangguan jiwa lainnya berdasarkan *National Institute of Mental Health* (NIMH), skizofrenia merupakan salah satu dari 15 penyebab besar kecacatan di seluruh dunia, orang dengan skizofrenia memiliki kecendrungan lebih besar peningkatan resiko bunuh diri (NIMH,2019).

Riset Kesehatan Dasar 2017 mengemukakan bahwa dari 400.000 ODGJ, 1 dari 7 ODGJ pernah mengalami pemasungan dan peluang pemasungan. Data Dinas Sosial di tahun 2017, kasus pemasungan ODGJ di Jawa Timur mencapai 2.509 kasus dimana 144 kasus terjadi di Kabupaten Malang (Z. Ulya, 2017). Berdasarkan data dalam Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur hasil angka kejadian kasus Skizofrenia khususnya kasus undifferentiated skizofrenia atau skizofrenia tak terinci (F 20.3), pada bulan September 2021 yaitu mencapai total 38% dan pada bulan Oktober 2021 mengalami penurunan yaitu total 28%, kemudian pada saat bulan November 2021 kembali mengalami peningkatan yaitu total mencapai 34%. Kasus skizofrenia sendiri mencakup masalah keperawatan dengan prevalensi pada rentang bulan Agustus 2021 – Januari 2022 halusinasi 29%, perilaku kekerasan 51%, defisit perawatan diri 15%, isolasi sosial 3%, harga diri rendah 2%.

Faktor penyebab terjadinya halusinasi ada 2 yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi dikarenakan faktor perkembangan yakni klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustasi, hilangkan percaya diri dan lebih rentan terhadap stress. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang bersifat halusnogenik neurokimia. Dalam upaya penanganan Halusinasi pendengaran pada Tn. S dengan diagnosa medis skizofenia dapat dilakukan strategi pelaksanaan dalam mengontrol halusinasi ada empat yaitu strategi pelaksanaan satu membantu pasien mengenali halusinasi yang dialami, menjelaskan cara mengontrol halusinasi dan mengajarkan pasien cara menghardik halusinasi serta membina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien, strategi pelaksanaan dua yaitu melatih pasien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, strategi pelaksanaan ketiga melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara melaksanakan aktivitas terjadwal, dan strategi pelaksanaan empat yaitu melatih pasien mengontrol halusinasi dengan minum obat secara teratur.

Kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasinya dengan kegiatan harian atau melakukan terapi aktivitas kelompok (TAK) atau yang biasanya digunakan para perawat untuk melakukan kegiatan tiap pagi kepada pasien yang mengalami gangguan jiwa halusinasi atau yang lainnya juga, melatih pasien untuk mempersapkan stimulus yang dikenalinya. Dengan proses ini diharapkan respon pasien bagus terhadap kegiatan kelompok ini atau yang sering disebut dengan terapi aktivitas kelompok (TAK).

Penanganan yang harus dilakuan terhadap pasien yang menderita halusinasi pendengaran yaitu membantu pasien untuk mengenal jenis halusinasinya, isi halusinasi, waktu halusinasi, frekuensi halusinasi, situasi halusinasi, respon pasien terhadap halusinasinya. Jika pasien sudah mengenal tingkatan halusinasinya lebih baik kita sebagai perawat untuk mnegajarkan cara menghardik, mangajarkan cara bercakap-cakap kepada orang lain, memberika kegiatan harian di rumah atau di rumah sakit, dan mengajarkan pasien untuk minum obat secara teratur. Selain itu penderita halusinsasi sangat membutuhkan dukungan atau peran keluarga dalam perawatan dan memberik dukungan dan motivasi kepada penderita dan mempertahankan pengobatan secara optimal oleh sebab itu diperlukan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi(Maulana et al., 2019).

# Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas didapatkan rumusan masalah sebagai berikut: Bagaimana Asuhan keperawatan jiwa pada Tn. S masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis skizofrenia di ruang gelatik 1 rumah sakit jiwa menur provinsi jawa timur?

# Tujuan Penulisan

# Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa pada Tn. S masalah utama gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran diagnosa medis skizofenia di ruang Gelatik 1 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

# Tujuan Khusus

1. Melaksanakan pengkajian asuhan keperawatan jiwa pada Tn. S masalah utama gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran diagnosa medis skizofenia di ruang Gelatik 1 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur
2. Merumuskan diagnosa asuhan keperawatan jiwa pada Tn. S masalah utama gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran diagnosa medis skizofenia di ruang Gelatik 1 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur
3. Merencanakan tindakan keperawatan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. S masalah utama gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran diagnosa medis skizofenia di ruang Gelatik 1 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur
4. Melaksnakan tindakan keperawatan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. S masalah utama gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran diagnosa medis skizofenia di ruang Gelatik 1 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan jiwa pada Tn. S masalah utama gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran diagnosa medis skizofenia di ruang Gelatik 1 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. S masalah utama gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran diagnosa medis skizofenia di ruang Gelatik 1 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

# Manfaat penulisan

Terkait dengan tujuan ini diharapkan tugas akhir ini dapat menunjukan manfaat bagi semua :

1. Akademis, tugas atau hasil terakhir karya tulis ilmiah ini merupakan penambahan referensi tentang bagaimana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan jiwa khususnya dengan masalah gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.
2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :
	1. Bagi pelayanan kesehatan atau keperawatan rumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat menjadikan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.

* 1. Bagi penulis

Hasil asuhan keperawatan jiwa ini semoga dapat menjadi referensi bagai perawata dalam memenuhi kebutuhan atau pelayanan kesehatan dan mengambil tindakan yang tepat bagi masalah gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.

* 1. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu sebagai profesi keperawatan dan memberi pembahaman lebih baik lagi dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang terkena masalah gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.

# Metode Penulisan

# 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, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

# Teknik Pengumpulan Data

* + - 1. Wawancara

Hasil data ini diperoleh atau diambil melalui percakapan dengan klien dan tim kesehatan lainnya.

* + - 1. Observasi

Data yang diambil melalui percakapan dengan pasien dengan kondisi pasien yang memungkinkan

* + - 1. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menujang data pasien dalam menegakan diagnosa keperawatan dan penanganan selanjutnya.

# Sumber Data

* + - 1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari klien

* + - 1. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga klien, catatan medis perawatan dan hasil-hasil tindakan keperawatan.

# Studi Kepustakaan

Mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

# Sistematika Penulisan

Supaya lebih muda dan lebih jelas dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian yaitu :

1. Bagian awal

Memuat halaman judul, surat pernyataan, persyaratan, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, daftar lampiran.

1. Bagian inti

Terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiir dari sub bab sebagai berikut:

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat penulisan, metode dan sistematika penulisan.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatn jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensor halusinasi pendengaran.

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

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

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1. Bagian akhir

Terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

#  BAB 2

# TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan disampaikan pembahasan tentang konsep teori sebagai landasan dalam karya tulis ilmiah yang meliputi :
1) Konsep dasar skizofrenia

2) Konsep dasar halusinasi
3) Konsep dasar asuhan keperawatan
4) Konsep komunikasi teraupetik

5) Konsep stress adaptasi

# Konsep Skozofrenia

# Pengertian Skizofrenia

Menurut Faisal (2006) dalam (Supinganto et al., 2021) penyakit skizofrenia atau schizophrenia artinya kepribadian yang terpecah antara pikiran, perasaan dan prilaku.

Skizofrenia adalah suatu gangguan psikososial fungsional berupa gangguan mental berulang yang ditandai dengan gejala-gejala psikotik yang khas dan oleh kemunduran fungsi sosial, fungsi kerja, dan perawatan diri (Lilik Ma’rifatul Azizah, Imam Zainuri, 2016).

# Etiologi Skizofrenia

# Faktor-faktor predisposisi yang menyebabkan gangguan neurologis ( nurarif, 2015)

1. Keturunan

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

1. Endokrin

Teori ini dikemukakan berhubungan dengan sering timbulnya skizofrenia pada waktu pubertas, waktu kehamilan.

1. Metabolisme

Teori ini didasarkan karen penderita skizofrenia tampak pucat, tidak sehat, ujung ekstermitas agak sianosi, nafsu makan berkurang dan berta badan menurun.

1. 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 membat sediaan.

1. 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.

1. Teori sigmun freud

Skizofrenia terdapat: kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab psikogenik ataupun somatik, super ego dikesampingka sehingga tidak bertenaga lagi dan ID berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisme.

# Gejala Skizofrenia

1. **Gejala primer**
	1. Gangguan proses pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran) yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherensi
	2. Gangguan afek emosi
2. Terjadi kedangkalan afek emosi
3. Paramimi dan paratimi
4. Emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai suatu kesatuan
5. Emosi berlebihan
6. Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi
	1. Gangguan kemauan
7. Terjadi kelemahan kemauan
8. Perilaku negativisme
9. Otomatisme merasa pikiran atu perbuatannya dipengaruhui oleh orang lain.
	1. Gejala psikomotor
10. Stupor atau hiperkinesia
11. Stereotipi
12. Katelepsi : mempertahankan posisi tubug dalam waktu yang lama
13. Echolalia dan echopraxi autisme

# Gejala sekunder

1. Waham
2. Halusinasi

# Tipe Skizofrenia

1. Skizofrena simplek

Sering timbul pertama kali pada usia pubertas, gejala utama berupa kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses pikir sukar ditemukan, waham dan haluisnasi jarng didapat, jenis ini timbulnya perlahan.

1. Skizofrenia hebefrenia

Permulaannya perlahan lahan atau subkutan dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang menyolok ialah gangguan proses pikir, gangguan kemauan dan adanya depresenalisasi atau dobel personality. Gangguan psikomotor sepeerti menersm, neologisme atau perilaku kekanak-kanakan sering terdapat, wham dan haluisnasi banyak sekali.

1. Skizofrenia katatonia

Timbulnya pertama kali umur 15-30 tahu dan biasanya akut serta sering didahului oleh stress emosional. Mungkin terjadi gadung gelisah katatonik atau stupor katatonik.

1. Skizofrenia paranoid

Gejala yang mencolok waham primer, disertai dengna waham-waham sekunder dan halusinasi. Dengan pemeriksaan teliti ternyata adanya gangguan proses pikir, ganguan afek emosi dan kemauan.

1. Episode skizofrenia akut

Gejala skizofrenia timbul mendadak sekali dan pasien seperti dalam keadaan mimpi. Kesadaran mungkin berkabut. Dalam keadaan ini timbul perasaaan seakan-akan dunia luar maupun diirnya sendiri berubah, semua seakan-akan mempunyai arti yang khusu bagi dirinya.

1. Skizofrenia residual

Keadaan skizofrenia dengan gejala primernya bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali serangan skizofrenia.

1. Szkizofrenia skizo afektif

Disamping gejala skizofrenia terdapat menonjol secara bersamaa juga gejal-gejala depresi (skizo depresif) atau gejala mania (skizo manik). Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa defek, tetapi mungkin juga timbul serangan lagi.

# Terapi pengobatan skizofrenia

1. Pemberian obat-obatan

Obat neuroleptik selalu diberikan, kecuali obat-obat ini terkontraindikasi, karena 75% penderita skizofrenia memperoleh perbaikan dengan obat- obatan neuroleptika. Kontraindikasi meliputi neuroleptika yang sangta antikolinergenik seperti klorpromazin, molindone, dan thioridazine pada penderita dengan hipertrofi peostate atau glaucoma sudut tertutup. Antara sepertiga hingga separuh penderita skizofrenia dapat membaik dengan lithium. Namun, karena lithium belem terbukti lebih baik dari neuroleptika, penggunaannya disarankan sebatas obat penompang.

Meskipun terapi elektrokonvulsif (ECT) lebih rendah dibanding dengan neuroleptika bila dipakai sendirian, penambahan terapi ini pada regimen neuroleptika menguntungkan bebrapa penderita szikofrenia.

1. Pendekatan psikologi

Hal yang penting dilakukan adalah intervensi psikososial. Hal ini dilakukan dengan menurunkan stresor lingkungan atau mempertinggi kemampuan penderita untuk mengatasinya dan adanya dukungan sosial. Intervensi berpusat pada keluarga hendaknya tidak diupayakan untuk mendorong eksplorasi atau ekspresi perasaan-perasaan atau mempertinggi kewaspadaan implus-implus atau motivasi sadar. Tujuannya adalah :

* 1. Pendidikan pasien dan keluarga tentang sifat-sifat gangguan skizofrenia.
	2. Mengurangi rasa bersalah penderita atas timbulnya penyakit ini.
	3. Mempertinggi tolerensi keluarga akan perilaku disfumhsional yang tidak berbahaya.
	4. Mengurangi keterlibatan orang tua dalam kehidupan emosional penderita.
	5. Mengidentifikasi perliku problematika pada penderita dan anggota keluarga lainnya dan memperjelas pedoman bagi penderita dan keluarga.

# Konsep Halusinasi

# Pengertian Halusinasi

Halusinasi merupakan suatu gejala gangguan jiwa dimana klien merasakan suatu stimulus yang sebenarnya tidak ada. Klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, pengelihatan, pengecapan, perabaan, atau penciuman (Sutejo, 2019).

Halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, artinya klien menginterorestasikan sesuatu yang tidak nyata tanpa stimulus atau rangsagan dari luar (Stuart, 2007) dalam (Amar, 2016).

# Jenis-Jenis Halusinasi

* + - 1. Halusinasi pendengaran

Halusinasi pendengaran adalah mendengaran suara atau bunyi yang berkisar dari suara sederhana sampai suara yang berbicara mengenai klien sehingga klien berespon terhadap suara atau bunyi tersebut (Stuart, 2007) dalam (Amar, 2016).

* + - 1. Halusinasi pengelihatan

Stimulus visual dalam bentuk kilatan cahaya, gambar geometris, gambaran kartun, bayangan yang rumit atau kompleks. Bayangan bias yang menyenangkan atau menakutkan seperti melihat monster.

* + - 1. Halusinasi penghidung

Membau-bauan tertentu seperti bau darah, urun, dan feses umumnya bau-bau yang tidak menyenangkan. Halusinasi penghidung sering akibat stroke, tumor, kejang, atau dimensi

* + - 1. Halusinasi pengecapan

Merasa makan sesuatu yang tidak nyata. Biasa merasakan makanan yang tidak enak.

* + - 1. Halusinasi perabaan

Merasakan sesuatu pada kulit tanpa stimulus yang nyata.

# Faktor Penyebab

1. Faktor predisposisi

Menurut Yosep (2014) faktor predisposisi yang menyebabkan halusinasi adalah :

* 1. Faktor perkembangan

Tugas perkembangan klien terganggua misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustasi, hilang percaya diri dan lebih rentan tehadap stress.

* 1. Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima dilingkungannya sejak bayi akan merasa diasingkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.

* 1. Faktor biokimia

mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stres yang berlebihan dialami seseorang maka dlam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusnogenik neurokimia. Akibat stres berkepanjangan menyebabkan teraktivitasnya neurotransmitter otak.

Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladatif baru mulai dipahami. Ini ditunjukkan oleh penelitian-penelitian berikut :

1. Penelitian pencitraan otak sudah menunjukan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembnagan skizofrenia. Lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik berhubungan dengan prilaku psikotik.
2. Beberapa zat kimia di otak seperti dopamin neurotransmitter yang berlebihan dan masalah pada sistem reseptor dopamin dikaitkan dengan terjadinya skizofrenia.
3. Pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal menunjukan terjadinya atropi yang singnitif pada otak manusia. Pada anatomi otak klien dengan skizofenia kronis.
	1. Faktor psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adaktif. Hal ini dipengaruhi pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Klien lebih memilih kesengan sesaat dan lari dari alam nyat menuju alam hayal.

* 1. Faktor genetik dan pola asuh

Penelitian menunjukan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua skizofrenia cendenrung mengenai skizofrenia. Hasil studi menunjukan bahwa afaktor keluarga menunjukan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyaitini.

1. Faktor presipitasi

Menurut stuart (2007), faktor presipitasi terjadinya gangguan halusiansi adalah:

* 1. Biologis

Gangguan dalam komunikasi dan putar balik otak, yang mengatur prses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterprestasikan.

* 1. Stress lingkungan

Ambanga toleransi terhadap stres yang berinteraksi terhadap stresor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

* 1. Sumber koping

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menaggapi stresor.

# 2.2.4 Tingkatan Halusinasi

Intensitas halusinasi meliputi empat tingkat, mulai dari tingkat I hingga tingkat IV.

Tabel 2.1 Tingkat, Karakteritis Dan Perilaku Halusinasi (Sutejo, 2019)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tingkat | Karakteristik halusinasi | Perilaku klien |
| **Tingkat I** Memberi rasa nyaman tingkat ansietas sedang halusinasi merupkan suatu kesenangan. | 1. Mengalami ansietas kesepian, ras bersalah, dan ketakutan
2. Mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas
3. Pikiran dan pengalaman sensori masih ada dalam kontrol kesadaran (jika ansietas dikontrol).
 | 1. Tersenyum
2. Menggerakan bibir tanpa suara
3. Menggerakan mata dengan cepat
4. Respon verbal yang lambat
5. Dian dan konsentrasi
 |
| **Tingkat II** Menyalahkan tingkat ansietas berat halusinasi menyebabkan rasa antipati. | 1. Pengalaman sensori menakutkan
2. Mulai merasa kehlangan kontrol
3. Merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut
4. Menarik diri dari orang lain.

**NON PSIKOTIK** | 1. Peningkatan sistem saraf otak tanda-tanda ansietas seperti peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah.
2. Rentang perhatian menyempit
3. Konsentrasi dengan pengalaman sensori
4. Kehilangan kemampuan
5. membedakan halusinasi dari realita.
 |
| **Tingkat III** Mengontrol tingkat ansietas berat pengalaman sensori tidak dapat ditolak lagi. | 1. Klien menyerah dan menerima pengalaman sensorinya
2. Isi halusinasi menjadi atraktif
3. Kesepian bila pengalaman sensori berakhir.

**PSIKOTIK** | 1. Perintah halusinasi ditaati
2. Sulit berhubungan dengan orang lain
3. Rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit
4. Gejala fisik ansietas berat berkeringat, teremor, dan tidak mampu mengikuti perintah.
 |
| **Tingkat IV** Menguasai tingkat ansietas panik yang diatur dan dipengaruhi oleh waham. | 1. Pengalaman sensori menjadi ancaman
2. Halusinasi dapat berlangsung selama beberapa jam atau hari.

**PSIKOTIK** | 1. Perilaku panik
2. Berpotensi untuk membunuh atau bunuh diri
3. Tindakan kekerasan agitasi, menarik diri, atau katatonia
4. Tidak mampu merespon terhadap lebih dari satu orang.
 |

# Tanda dan Gejala

Menurut Hamid (2000) dalam (Damayanti, 2012), perilaku klien yang terkait dengan halusinasi adalah sebagai berikut :

* + - 1. Bicara sendiri
			2. Senyum sendiri
			3. Ketawa sendiri
			4. Menggerakan bibir tanpa suara
			5. Pergerakan mata yang cepat
			6. Respon verbal yang lambat
			7. Menarik diri dari orang lain
			8. Berusaha menghindari diri dari orang lain
			9. Tidak bisa membedakan yang nyata dan tidak nyata
			10. Berkonstrikasi dengan pengalaman sensori
			11. Sulit berhubungan dengan orang lain
			12. Ekspresi muka tegang
			13. Tidak mampu mengikuti perintah dar perawat
			14. Tampak tremor dan berkeringat
			15. Biasa terdapat disorientasi waktu, tempat dan orang
			16. Khawatir

# Rentang Respon

Menurut : Stuart dan Laria, 2001 dalam (Amar, 2016)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rentang Adaptif | Respon Psikososial | Respon Maldatif |
| Pikiran logis | Pikiran kadang | Gangguang proses: |
| Persepsi akurat | Menyimpang | Waham |
| Emos konsisten dengan | Ilusi | Halusinasi |
| Pengalaman  | Emosi tidak stabil | Kerusakan proses |
| Perilaku sesuai  | Perilaku anda | Emosi  |
| Hubungan sosial | Menarik diri | Perilaku tidak terorganisasi isolasi sosial |

Gambar 2.1 Rentang Respon

Keterangan :

* + - 1. Respon adaktif adalah respon yang dapat diterima norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batasan normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut .
				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 timbu dari pengalaman ahli
				4. Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
			2. Respon psikososial
				1. Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan
				2. Ilusi adalah miss interprestasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi
				3. Emosi berlebih atau berkurang
				4. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batasan kewajaran
				5. Menarik diri adalah percobaan untuk menghindarai interaksi dengan orang lain
			3. Respon maladaptif, respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan.
1. Kelainan pikiri adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dengan bertentangan dengan kenyataan sosial
2. Halusinasi merupakan definisi persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada
3. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati
4. Perilaku yag tidak terorganisasi merupakan suatu yang tidak teratur
5. Isolasi sosial adalah kondis kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

# Dimensi Halusinasi

Respon klien terhadap haluisnasinya dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah dan bingung, perilkau kesehatan perilaku merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Masalah halusnasi berlandaskan atas hakikat keberadaan seorang individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar-dasar unsur-unsur bio-psiko-sosio- spiritual sehingga haluisnasi dapat dilihat dari lima dimensi (stuart dan laraia,2005). Dalam (Muhith, 2015)

* + - 1. Dimensi fisik

Manusia dibangun oleh sistem indra untuk menangapi rangsang eksternal yang diberikan oleh lingkungannya. Haluisnasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

* + - 1. Dimensi emosional

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

* + - 1. Dimensi intelektual

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

* + - 1. Dimensi sosial

Dimensi sosial pada individu dengan halusinasi menunjuka adanya kecenderungan untuk menyendiri, indivisu asik dengan hakusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri, dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasinya diajdikan sistem kntrol oleh individu tersebut bila membahayakan orang lain. Oleh karena, aspek penting dalam melaksanakan intervensi keperawatan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta menguasakan klien tidak menyadari sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungan dan halusinasi tidak berlangsung.

* + - 1. Dimensi spiritual

Manusia diciptakan tuhan sebagai makhluk sosial sehingga dengan manusia lainnya merupakan kebutuhan yang mendasar. Individu yang mengalami halusinasi cenderung menyendiri hingga proses di atas tidak terjadi, individu tidak sadar dengan keberadaan sehingga halusinasi menguasi dirinya, individu kehilangan kontrol kehidupan dirinya (laraia, 2005) dalam (Muhith, 2015)

# 2.3 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

# Pengkajian

* + - 1. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, tanggal pengkajian, pendidikan, agama, alamat.

* + - 1. Alasan masuk

Alasan klien datang kerumah sakit dengan mendengar suara, biasanya klien sering berbicara sendiri, suka berjalan tanpa tujuan.

* + - 1. Faktor predisposisi
1. Apakah pasien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalunya dan pengobatan sebelumnya berhasil atau tidak
2. Apakah pasien pernah mengalami aniaya fisik, seksual, kekerasan dalam rumah tangga, atau tindak kriminal.
3. Apakah pasien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan atau tidak
4. Apakah di anggota keluarga ada yang mengalami gnagguan jiwa atau tidak.

# Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan tanda-tanda vital yang meliputi : tinggi badan, berat badan, dan tanyakan ke klien apakah ada kleuhan fisik yang dirasaka klien atau tidak

# Psikososial

* + - 1. Genogram

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

* + - 1. Konsep diri :
				1. Gambaran diri

Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai.

* + - * 1. Identitas diri

Klien dengan halusinasi tidak puas akan dirinya sendiri merasa bahwa klien tidak berguna.

* + - * 1. Peran

Tugas atau peran klien dalam keluarga, pekerja, kelompok masayarakat kemampuan klien dalam melaksankan fungsi atau perannya dan bagaimana perasaan klien akibat perubahan tersebut. Pada klien halusinasi bisa berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, trauma akan masa lalu, menarik diri dari orang lain, perilaku agresif.

* + - * 1. Ideal diri

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

* + - * 1. Harga diri

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

* + - 1. Hubungan sosial

Tanyakan siapa orang terdekat di kehidupan klien tempat mengadu, berbicara, minta bantuan, atau dukungan. Serta tanyakan organisasi yang diikuti dalam kelompok atau masyarakat.

* + - 1. Spiritual

Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah atau menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan.

# Status mental

* + - 1. Penampilan

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

* + - 1. Pembicaraan

Klien dengan halusinasi cenderung suka berbicara sendiri, ketika diajak bicara tidak fokus. Terkadang yang dibacarakan tidak masuk akal.

* + - 1. Aktivitas motorik

Klien dengan halusiansi tampak gelisah, kelesuan, ketegangan, agitasi, tremor. Klien terlihat sering menutup telinga, menunjuk- menunjuk ke arah tertentu, menggaruk-garuk permukaan kulit, sering meludah dan menutup hidung.

* + - 1. Afek emosi

Pada klien halusinasi tingkat emosi lebih tinggi, perilaku agresif, ketautan yang berlebih.

* + - 1. Interaksi selama wawancara

Klien dengan halusinasi cenderung tidak kooperatif dan kontak mata kurang serta mudah tersinggung.

* + - 1. Persepsi sensori

Ada beberapa yang harus dikaji pada klien halusinasi yaitu, mengidentifikasi jenis yaitu ada bebrapa jenis dalam halusiansi (visual, suara, pengecap, kinestik, visceral, histerik, hipnogogik, hipnopompik, perintah), isi halusinasi, waktu halusinasi (pagi, siang, sore, malam), frekuensi halusinasi (terusmenerus atau hanya sekali- kali, kadang-kadang, jarang atau sudah tidak muncul lagi), situasi halusinasi, respon terhadap halusisi.

* + - 1. Proses pikir
				1. Bentuk fikir

Bentuk pemikiran tidak sesuai dengan kenyataan yang ada atau tidak mengikuti logika secara umum. Klien dengan halusiansi sering was-was terhadap hal-hal yang dialaminya.

* + - * 1. Isi fikir

Selalu merasa curiga terhadap suatu hal dan depersonalisasi yaitu perasaan aneh yang atau asing terhadap diri sendir, orang lain, lingkungan, sekitarnya.

* + - 1. Tingkat kesadaraan

Pada klien halusiansi sering kali merasa bingung, apatis.

* + - 1. Memori
1. Daya ingat jangka panjang : mengingat kejadian masa lalu lebih dari 1 bulan.
2. Daya ingat jangka menengah : dapat mengingat kejadian yang terjadi 1 minggu terakhir.
3. Daya ingat jangka pendek : dapat mengingat kejadian yang terjadi saat ini.
	* + 1. Tingkat konsenterasi berhitung

Pada klien dengan halusiansi tidak dapat berkonsentrasi dan dapat menjelaskan kembali pembicaraan yang baru saja di bicarakan dirinya atau orang lain.

* + - 1. Kemampuan penilaian mengambil keputusan
1. Gangguan ringan : dapat mengambil keputusan secara sederhana baik dibantu orang lain.
2. Gangguan bermakna : tidak dapat mengambil keputusan secara sederhana cenderung mendnegar atau melihat ada yang di perhatikan.
	* + 1. Daya tilik diri

Pada klien halusiansi cenderung mengingkari penyakit yang diderita : klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan atau klien menyengkal keadaan penyakitnya, klien tidak mau bercerita tentang penyakitnya.

# Kebutuhan perencanaan pulang

Kemampuan klien memenuhi atau menyediakan kebutuhan seperti makan, berpakaian, keamanan serta perawatan kesehatan, apakah klien mampu atau tidak memenuhi kebutuhan tersebut.

# Masalah Psikososial dan Lingkungan

Biasanya pada klien halusinasi mempunyai masalah dalam kelompok, pekerjaan, hubungan dengan lingkungan sekitarnya.

# Aspek Pengetahuan

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

# Aspek Medis

Memberikan penjelasan tentang diagnostik medik dan terapi medis, pada klien halusinasi terapi medis seperti haloperidol (HLP), clapromazine (CPZ), trihexphenidyl (THP).

# Pohon Masalah

Resiko Perilaku Kekerasan Efek (Akibat)

Halusinasi : Pendengaran Core Problem (Masalah Utama)

Isolasi Sosial : Menarik Diri Causa (Penyebab)

# Diagnosa keperawatan

1. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendegaran
2. Isolasi sosial : menarik diri
3. Resiko perilaku kekerasan

# Perencanaan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindkaan yang dapat mencapai setiap tujuan khusus.

Tabel 2.3 Perencanaan Keperawatan

|  |
| --- |
| **STRATEGI PELAKSANAAN** |
| **SP 1 PASIEN** | **SP 1 KELUARGA** |
| 1. Mengidentifikasi jenis halusinasi
2. Mengidentifikasi isi halusinasi
3. Mengidentifikasi waktu halusinasi
4. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi
5. Mengidentifikasi situasi halusinasi
6. Mengidentifikasi respon halusinasi
7. Mengajarkan klien menghardik
8. Menganjurkan klien memasukkan cara menghardik ke dalam kegiatan harian
 | 1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien.
2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala halusinasi, serta proses terjadinya halusinasi.
3. Menjelaskan cara merawat klien dengan halusinasi.
 |
| **SP 2 PASIEN** | **SP 2 KELUARGA** |
| 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian
2. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan oran lain.
3. Menganjurkan klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian.
 | 1. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat klien dengan halusinasi.
2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien halusinasi.
 |
| **SP 3 PASIEN** | **SP 3 KELUARGA** |
| 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian.
2. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan harian.
3. Menganjurkan klien memasukan kedalam jadwal kegiiatan harian.
 | 1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat
2. Menjelaskan follow up klien setelah pulang.
 |
| SP 4 PASIEN |  |
| 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian.
2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur.
3. Menganjurkan klien memasukan kedalam kegiatan harian.
 |  |

# Implementasi keperawatan

Tabel 2.3 Implementasi Keperawatan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Diagnosa Keperawatan** | **Rencana Keperawatan** | **Implementasi keperawatan** |
| Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran | SP 1Mengajarkan cara menghardik | 1. Membina hubungan saling percaya
2. Mengidentifikasi jenis
3. Mengidentifikasi isi halusinasi
4. Mengidentifikasi waktu halusinasi
5. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi
6. Mengidentifikasi situas halusinasi
7. Mengidentifikasi respon halusinasi
8. Mengajarkan klien menghardik
9. Menganjurkan klien memasukkan cara menghardik ke dalam kegiatan harian
 |
|  | SP 2Mengajarkan klien cara bercakap-cakap dengan orang lain | 1. Mengevaluasi jadwal
2. kegiatan harian Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan oran lain.
3. Menganjurkan klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian.
 |
|  | SP 3Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan harian | 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian.
2. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan harian.
3. Menganjurkan klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian.
 |
|  | SP 4Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur. | 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian.
2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur.
3. Menganjurkan klien memasukan kedalam kegiatan harian.
 |

# Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan berkelanjutan untuk untuk menilai efek dari tindakan keprawatan pada klien dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

#

**2.4 Konsep Komunikasi Teraupetik**

**2.4.1 Definisi Komunikasi Teraupetik**

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi interpersonal antara perawat dan klien yang dilakukan secara sadar ketika perawat dan klien saling memengaruhi dan memperoleh pengalaman bersama yang bertujuan untuk membantu mengatasi masalah klien serta memperbaiki pengalaman emosional klien yang pada akhirnya mencapai kesembuhan klien (Anjaswarni, 2016)

**2.4.2 Tujuan Komunikasi Teraupetik**

Berdasarkan definisi komunikasi terapeutik, berikut ini tujuan dari komunikasi terapeutik (Anjaswarni, 2016)

1. Membantu mengatasi masalah klien untuk mengurangi beban perasaan dan pikiran.
2. Membantu mengambil tindakan yang efektif untuk klien/pasien.
3. Memperbaiki pengalaman emosional klien.
4. Mencapai tingkat kesembuhan yang diharapkan.

**2.4.3 Manfaat Komunikasi Teraupetik**

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

1. Merupakan sarana terbina hubungan yang baik antara pasien dan tenaga kesehatan.
2. Mengetahui perubahan perilaku yang terjadi pada individu atau pasien.
3. Mengetahui keberhasilan tindakan kesehatan yang telah dilakukan.
4. Sebagai tolok ukur kepuasan pasien dan komplain tindakan dan rehabilitasi.

**2.4.4 Teknik Komunikasi Teraupetik**

Menurut (Sarfika et al., 2018)dalam komunikasi teraupetik perawat harus dituntut memiliki teknik dalam menjalankan komunikasi bersama klien. Pelaksanaan setiap komunikasi terapeutik dengan teknik yang baik dan benar dapat mendorong pasien halusinasi pendengaran mau berinteraksi.

1. Mendengarkan

Informasi yang disampaikan oleh klien dengan penuh empati dan perhatian. Ini dapat ditunjukan dengan memandang kearah klien selama berbicara, menjaga, kontak pandang yang menunjukkan keingintahuan, dan menganggukan kepala pada saat berbicara tentang hal yang dirasakan penting atau memerlukan umpan balik.

1. Menunjukan penerimaan

Menerima bukan berarti menyetujui, melainkan bersedia untuk mendengarkan orang lain tanpa menunjukkan sikap ragu atau penolakan. Untuk menunjukkan sikap penerimaan sebaiknya perawat menanggukkan kepala dalam merespon pembicaraan klien.

1. Mengulang pernyataan klien

Perawat memberikan umpan balik sehingga klien mengetahui bahwa pesannya mendapatkan respon dan berharap komunikasi dapat berlanjut. Menggulang pokok pikiran klien menunjukan indikasi bahwa perawat mengikuti pembicaraan klien.

1. Klarifikasi

Klarifikasi diperlukan untuk memperoleh kejelasan dan kesamaan ide, perasaan, dan persepsi.

1. Memfokuskan Pembicaraan

Tujuan penerapan metode ini untuk membatasi materi pembicaraan agar lebih spesifik dan mudah dimengerti. Perawat tidak perlu menyela pembicaraan klien ketika menyampaikan masalah penting kecuali apabila tidak membuahkan informasi baru.

1. Menyampaikan Hasil

Pengamatan Perawat perlu menyampaikan hasil pengamatan terhadap klien untuk mengetahui bahwa pesan dapat tersampaikan dengan baik. Dengan demikian akan menjadikan klien berkomunikasi dengan lebih baik dan terfokus pada permasalahan yang sedang dibicarakan.

1. Menawarkan Informasi

Penghayatan kondisi klien akan lebih baik apabila ia mendapat informasi yang cukup dari perawat. Perawat dimungkinkan untuk memfasilitasi klien dalam pengambilan keputusan, bukan menasihatinya.

1. Menunjukkan Penghargaan

Menunjukkan penghargaan dapat dinyatakan dengan mengucapkan salam kepada klien, terlebih disertai menyebutkan namanya. Dengan demikian klien merasa keberadaannya dihargai.

1. Refleksi

Refleksi menganjurkan klien untuk mengemukakan dan menerima ide dan perasaannya sebagai bagian dari dirinya. Dengan demikian perawat mengidentifikasi bahwa pendapat klien adalah berharga dan klien mempunyai hak untuk mengemukakan pendapatnya, untuk membuat keputusan, dan memikirkan dirinya sendiri(Sarfika et al., 2018)

**2.4.5 Tahapan Komunikasi Teraupetik**

1. Tahap pre-interaksi Tahap ini adalah masa persiapan sebelum memulai berhubungan dengan klien. Tugas perawat pada tahap ini, yaitu:
2. Mengeksplorasi perasaan, harapan dan kecemasannya
3. Menganalisa kekuatan dan kelemahan diri dengan analisa diri ia akan terlatih untuk memaksimalkan dirinya agar bernilai terapeutik bagi klien.
4. Mengumpulkan data tentang klien, sebagai dasar dalam membuat rencana interaksi.
5. Membuat rencana pertemuan secara tertulis, yang akan diimplementasikan saat bertemu dengan klien.
6. Tahap orientasi. Tahap ini dimulai pada saat bertemu pertama dengan klien. Saat pertama kali bertemu dengan klien fase ini digunakan perawat untuk berkenalan dengan klien dan merupakan langkah awal dalam membantu hubungan saling percaya. Tugas utama perawat pada tahap ini adalah memberikan situasi lingkungan yang peka dan menunjukkan penerimaan, serta membantu klien dalam mengekspresikan perasaan dan pikirannya. Tugas-tugas perawat pada tahap ini adalah:
7. Membantu hubungan saling percaya, menunjukkan sikap penerimaan dan komunikasi terbuka. Untuk membina hubungan saling percaya perawat harus terbuka, jujur, ikhlas, menerima klien apa adanya, menepati janji dan menghargai klien.
8. Merumuskan kontrak bersama klien. Kontrak yang harus disetujui bersama dengan klien yaitu tempat, waktu dan topik pertemuan.
9. Mengenali perasaan dan pikiran serta mengidentifikasi masalah klien.
10. Merumuskan tujuan dengan klien.
11. Tahap kerja. Tahap ini merupakan inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik. Tahap ini perawat bersama klien mengatasi masalah yang dihadapi klien. Tahap ini berkaitan dengan pelaksanaan rencana asuhan yang telah diterapkan. Teknik komunikasi yang sering digunakan perawat antara lain mengoksplorasi, mendengarkan dengan aktif, refleksi, berbagai persepsi, memfokuskan dan menyimpulkan.
12. Tahap terminasi. Fase ini merupakan fase yang sulit dan penting, karena hubungan saling percaya sudah terlena dan berada pada tingkat optimal. Bisa terjadi terminasi pada saat perawat mengak mengakhiri tugas pada unit tertentu atau saat klien akan pulang. Perawat dan klien meninjau kembali proses keperawatan yang telah dilalui dan pencapaian tujuan. Terminasi merupakan akhir dari pertemuan perawat dibagi 2 yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi terjadi jika perawat telah menyelesaikan proses keperawatan secara menyeluruh. Tugas perawat pada fase ini:
13. Mengevaluasi pencapaian tujuan interaksi yang telah dilakukan, evaluasi ini disebut evaluasi objektif.
14. Melakukan evaluasi subjektif dilakukan dengan menanyakan perasaan klien setelah berinteraksi atau setelah melakukan tindakan tertentu.
15. Menyepakati tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan.
16. Membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya, kontrak yang perlu disepakati adalah topik, waktu dan tempat pertemuan.(Anjaswarni, 2016)

**2.5 Konsep Stress dan Adaptasi**

**2.5.1 Definisi Stres dan Adaptasi**

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

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

**2.5.2 Sumber Stres**

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

# Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah cara yang digunakan individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi, dan situasi yang mengancam, baik secara kognitif maupun perilaku (nasir, 2011). Menurut stuart dan sundeen dalam jurnal (Yati, 2018) menyatakan bahwa koping dibagi menjadi dua yaitu koping adaptif dan koping maladaptif , menggunakan koping adaptif atau pemikiran positif yang sering digunakan adalah bercerita kepada keluarga dan tidak memendam perasaan tersebut secara sendiri, melakukan kegiatan yang positif contohnya berolahraga, melakukan kegiatan agama, sedangkan menggunakan koping negatif atau koping maladaptif adalah ketika pasien merasa marah atau gelisah pasien melampiaskan dengan cara minum - minuman beralkohol, mencederai diri atau orang lain, menyendiri. Pasien dnegan skizofrenia bahwa yang paling sering digunakan oleh pasien dnegan gangguan skizofrenia adalah koping negatif lebih banyak digunakan dibandingkan dengan koping positif. Adapun strategi koping yang digunakan adalah meremahkan, rasa bersalah, melarikan diri, ketekunan, pengunduran diri, tuduhan diri, menggunakan koping positif dan koping negatif. Koping posistif dapat memberikan manfaat di setiap individunya. Kenapa menggunakan koping positif karena koping positif banyak sekali manfaatnya yaitu mempertahankan emosi, mempertahankan prilaku yang positif, mengurangi hal-hal negatif yang bisa berdampak postif kepada diri dan pikiran, dan mengurangi hal-hal negatif yang bisa mencederai diri sendiri dan orang lain. Koping berkaitan dengan bentuk-bentuk usaha yang dilakukan individu untuk melindungi dari tekanan psikologi yang ditimbulkan oleh pengalaman sosial, sehingga secara psikologis koping memberikan efek pada kekuatan (perasaan tentang konsep diri), emosi, depresi, atau kecemasan serta keseimbangan perasaan negatif dan positif.

# 2.6.1 Mekanisme koping

Koping dapat dikaji melalui berbagai aspek, salah satunya adalah aspek psikososial (keliat, 1999) sebagai berikut.

* + - 1. Reaksi orientasi tugas

Berorientasi terhadap tindakan dari situasi stres secara nyata, contohnya adalah sebagai berikut.

1. Perilaku menyerang, biasanya untuk menghilangkan atau mengatasi suatu kebutuhan atau perasaan yang kurang mengenakan.
2. Perilaku menarik diri, digunakan untuk menghilangkan suatu ancaman baik secara fisik atau psikologis.
3. Perilaku kompromi, mengubah cara atau tujuan untuk memuaskan kebutuhan pribadi seseorang.

# Hasil dari koping

Menurut Lazarus dan Folkam (1984) menyatakan koping yang efektif adalah koping yang membantu seseorang untuk menoleransi dan menerima situasi menekan, serta tidak merisaukan tekanan yang tidak dapat dikuasi. Agar koping dilakukan dengan efektif strategi koping perlu mengacu pada lima fungsi tugas koping yang dikenal dengan istilah coping task, yaitu sebagai berikut.

1. Mengurangi kondisi lingkungan yang mengancam dan meningkatkan untuk memperbaiki lingkungan.
2. Menyesuaikan diri dengan kenyataan yang negtaif.
3. Mempertahankan diri dan persepsi yang positif.
4. Mempertahanakan keseimbangan emosional.
5. Melanjutkan kepuasan terhadap hubungan dengan orang.
	* 1. **Sumber Koping**

Sumber koping merupakan pilihan-pilihan atau strategi yang membantu seseorang menentukan apa yang dapat dilakukan dan apa yang berisiko, menurut (Lestari, 2016) Sumber koping individu terdiri dari dua jenis sumber yaitu sumber koping internal dan eksternal, sebagai berikut:

1. Sumber koping internal.

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

1. Sumber koping eksternal

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

* 1. **Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi**
		1. **Pengertian**

Terapi aktivitas kelompok (TAK): Sosialisasi (TAKS) adalah upaya memfasilitasi kemampuan sosialisasi sejumlah pasien dengan masalah hubungan sosial. Terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS) dilaksananakan dengan membantu pasien melakukan sosialisasi dengan individu yang ada disekitar pasien. Sosialisasi dapat pula dilakukan secara bertahap dari interpersonal (satu dan satu), kelompok dan massa. Aktivitas dapat berupa latihan sosialisasi dalam kelompok.

* + 1. **Tujuan**

Tujuan umum TAK Sosialisai adalah pasien dapat meningkatkan hubungan sosial dalam kelompok secara bertahap dan tujuan khususnya adalah:

1. Pasien mampu memperkenalkan diri.
2. Pasien mampu berkenalan dengan anggota kelompok.
3. Pasien mampu bercakap-cakap dengan anggota kelompok.
4. Pasien mampu menyampaikan dan membicarakan topik pembicaraan.
5. Pasien mampu menyampaikan dan membicarakan masalah pribadi pada orang lain.
6. Pasien mampu menyampaikan pendapat tentang manfaat kegiatan TAKS yang telah dilakukan.
	* 1. **Aktivitas dan Indikasi**

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 yang mengalami isolasi sosial yang telah mulai melakukan interaksi interpersonal.
2. Pasien yang mengalami kerusakan komunikasi verbal yang telah berespons sesuai dengan stimulus.

TAK Sosialisasi terdiri dari 2 sesi, yaitu:

* Sesi 1: Memperkenalkan diri
* Sesi 2: Berkenalkan dengan anggota kelompok.

Terapi Aktivitas Kelompok tersebut tidak dapat dilakukan selama kami melakukan praktik di RSJ Menur Jawa Timur khususnya di Ruangan Gelatik, karena mengingat masih dalam keadaan pandemi covid-19 yang mengharuskan kami menjaga jarak untuk menghindari penularan covid-19 tersebut.

#### BAB IIITINJAUAN KASUS

#### Pada bab ini akan dibahas tentang gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan Gangguan persepsi sensori halusinasi, maka penulis mengajukan kasus yang penulis amati pada tanggal 17 Januari 2022 pukul 08.30 WIB. Anamnese diperoleh dari pasien dan file No. Register 05-XX-XX

**3.1 Pengkajian**

1. Formulir Pengkajian Keperawatan Kesehatan Jiwa Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

Ruang Perawatan : Instalasi Rawat Inap Gelatik

Tanggal dirawat : 22 Desember 2021

Tanggal Pengkaian : 17 Januari 2022

* + 1. Identitas klien

Pasien Seorang Laki - Laki berinisial Tn. S , 21 tahun (05-XX-XX), beragama islam bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia dan bahasa Jawa. Status perkawinan pasien yaitu belum menikah, pendidikan terakhir pasien adalah SMA dan pasein mengatakan tinggal di Banyu Urip Lor Kupang Krajan Sawahan Surabaya.

* + 1. Alasan Masuk

Pasien berbicara ngelantur, berbicara sendiri mondar mandir dan sempat kabur dari rumah lalu dibawah ke IGD RSJ Menur Surabaya oleh Ayahnya pada tanggal 22 Desember 2021 kemudian dilakukan tindakan Observasi TD : 130/70 mmHg Suhu 36,7 Pernafasan 22 x/Menit serta mendapat injeksi obat Haloperidol 1 ampul dan injeksi diazepam 1 ampul kemudian dibawah ke ruang gelatik untuk perawatan. Saat pengkajian tanggal 17 Januari 2022 pukul 08.30 didapatkan hasil pasien nampak Gelisah, berbicara sendiri,mondar mandir dan sering menari nari

* + 1. Faktor Predisposissi
		2. Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu,

Pasien perna mengalami gangguan dimasa jiwa dimasa lalu, data didapat dari rekam medis Klien yang tertulis perna dirawat Pada Bulan September 2021 masuk RSJ Menur dengan diagnosa skizofrenia.

1. Riwayat pengobatan kurang berhasil. Pasien mendapat pengobatan dari Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur (RSJ Menur).
2. Pasien tidak pernah menjadi saksi/korban/pelaku aniaya fisik/sexual/kekerasan dalam rumah tangga.

**Masalah Keperawatan : Ketidak efektifan penatalaksanaan program terapeutik**

1. Riwayat keluarga yang mengalami gangguan jiwa, pasien mengatakan tidak ada keluarga yang sakit seperti ini.

 **Masalah Keperawatan : tidak ada masalah kepeawatan**

1. Riwayat masa lau yang tidak menyenangkan, Pasien memiliki pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu perna di ejek telinganya cacat dan dijauhi orang orang mengakibatkan pasien mulai mengisolasi diri pada tahun 2021

**Masalah Keperawatan : Respons pasca trauma**

* + 1. Fisik

Hasil pemerikasaan fisik diperoleh sebagai berikut :

1. Tanda tanda Vital :

Tekanan Darah : 113/79 mmHg

Suhu : 36,2 derajat celcius

 Pernafasan : 18x/ menit

1. Ukur

Tinggi badan : 169cm

Berat badan : 60kg

1. Keluhan Fisik :

Pasien mengatakan tidak ada keluhan fisik

**Masalah Keperawatan : tidak ada masalah kepeawatan**

* + 1. Psikososial

1.`Genogram

**21**

Gambar 3.1 Genogram asuhan keperawatan jiwa Tn.S

 : Laki-laki

 : Prempuan

 : Meninggal : tinggal selumah

 : Pasien : Orang paling dekat

 : Menikah : Garis keturunan

Pasien anak ke tiga dari tiga bersaudara pasien berumur 21 tahun, orang tua masih hidup dan kakek nenek nya sudah meninggal. Tinggal hanya bersama kedua orang tuanya.

1. konsep diri :
2. Gambaran diri : Pasien mengatakan bagian tubuh paling disukai adalah rambut dan yang tidak disukai adalah telinganya karena cacat.
3. Identitas : pasien mengatakan bahwa dirinya seorang laki-laki usia 21 tahun dan belum pernah menikah dan megatakan anak ke 3 dari 3 bersaudara
4. Peran : pasien mengatakan peran dalam keluarga adalah sebagi seorang anak dan membantu ayah merawat burung.
5. Ideal diri : pasien mengatakan berharap agar cepat sembuh dan segera pulang kerumah.
6. Harga diri : pasien mengatakan tidak malu dengan kondisinya saat ini.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Hubungan Sosial
2. Orang yang berarti : Pasien mengatakan orang yang ber arti adalah orang tua karena hanya mereka yang perhatian padanya.
3. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : pasien mengatakan tidak perna ikut kegiatan kelompok/ masyarakat pasien mengatakan lebih senang dirumah.
4. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : pasien mengatakan lebih senang menyendiri dikamar dan sulit memulai pembicaraan .

**Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial**

1. Spiritual
2. Nilai dan keyakinan : pasien mengatakan percaya kepada Allah dan mengaku beragama islam.
3. Kegiatan beribadah : Pasien mengatakan jarang beribadah karena masjid/mushollah jauh dari rumah.

**Masalah Keperawatan : tidak ada masalah kepeawatan**

3.1.6Status Mental

1. Penampilan

Memakai baju seragam ruangan,tidak memakai sandal, penampilan rapi dan bersih, kumis tercukur , rambut rapi.

**Masalah Keperawatan : tidak ada masalah kepeawatan**

1. Pembicaraan

Nada suara sedang, pasien berbicara berbelit belit tidak pada topik dan ngelantur

**Masalah Keperawatan : Hambatan komunikasi**

1. Aktivitas motorik

Pasien terlihat gelisah sering melihat ke kanan kiri kadang mondar mandir.

**Masalah Keperawatan : Ansietas**

1. Alam Perasaan

Sedih karena kangen ingin segera pulang menemui ibu.

**Masalah Keperawatan : Ansietas**

1. Afek

Datar tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus dan Pasien sering terlihat melamun.

**Masalah Keperawatan : tidak ada masalah kepeawatan**

1. Interaksi selama wawancara

Kontak mata kurang saat wawancara pasien lebih sering melihat kiri kanan.

**Masalah Keperawatan : Hambatan Komunikasi**

1. Persepsi

Mendengar suara yang menyuruh pasien untuk menari seperti jaranan, suara hanya di dengar oleh pasien saja, muncul nya setiap hari saat paseien sendirian dan pada malam hari saat pasien mendengar suara tersebut kadang Pasien terlihat menirukan gerakan jaranan seperti meloncat berteriak dan jatuh jatuh.

**Masalah Keperawatan : Gangguan persepsi sensori Auditorius**

1. Proses pikir

Sirkumstansial Dapat menjawab pertanyaan perawat tetapi berbelit-belit, ada pengulangan kalimat “jaranan barongan ”, masih berbicara dalam tema pembicaraan dan tidak berhenti secara tiba-tiba saat mengungkapkan rasa ingin pulang.

**Masalah Keperawatan : perubahan proses fikir**

1. Isi Pikir

Obsesi Pasien mengatakan dirinya adalah pemain jaranan barongan dan leak saat mendengar suara tarian jaranan.

**Masalah Keperawatan : perubahan proses fikir**

1. Tingkat kesadaran

Pasien mengatakan sedang dirawat di RSJ Menur surabaya kurang lebih sudah 3 mingguan.

**Masalah Keperawatan : tidak ada masalah kepeawatan**

1. Memori

Pasienhanya mampu mengingat minum obat hari ini jam 6.00 pagi dan 13.00 siang.

**Masalah Keperawatan : tidak ada masalah kepeawatan**

1. Tingkat konsenterasi dan berhitung

Pasien mampu mampu berhitung sederhana.

**Masalah Keperawatan : tidak ada masalah kepeawatan**

1. Kemampuan penilaian

Pasien menilai suara yang dia dengar itu nyata.

**Masalah Keperawatan : tidak ada masalah kepeawatan**

1. Daya tilik diri.

Pasien mengatakan sedang sakit dan sedang dirawat di rumah sakit.

**Masalah Keperawatan : tidak ada masalah kepeawatan**

3.1.7 Kebutuhan persiapan pulang

1. Kemampuan memenuhi / menyediakan kebutuhan :

pasien mampu memenuhi menyediakan kebutuhannya dengan bantuan keluarganya.

**Masalah Keperawatan : tidak ada masalah kepeawatan**

1. Kegiatan Hidup sehari-hari
2. Perawatan diri “ apakah memerlukan bantuan minimal/total”

|  |  |
| --- | --- |
| Mandi | Mandiri |
| Kebersihan diri | Mandiri |
| Makan | Mandiri |
| BAK | Mandiri |
| BAB | Mandiri |
| Ganti pakaian | Mandiri |

**Masalah Keperawatan : tidak ada masalah kepeawatan**

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

Pasien makan 3 kali sehari dengan jadwal dari rumah sakit. Pasien merasa kenyang denga prosi makan yang diberikan, tidak memisahkan diri ketika makan

**Masalah Keperawatan : tidak ada masalah kepeawatan**

1. Tidur

Pasien tidur malam jam 22.00. Tidak terbiasa tidur siang kebanyakan siang hari pasien selalu menyendiri mondar mandir. Tidur malam akan bangun sekitar jam 05.00 setiap hari nya.

**Masalah Keperawatan : tidak ada masalah kepeawatan**

1. Kemampuan klien dalam

Pasien sudah dilatih untuk selalu mandiri dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari. Pasien sudah dilatih untuk minum obat teratur dan sudah diberikan penjelasan tentang minum obat dan kontrol rutin jika sudah pulang nanti, agar tidak terjadi resistensi terhadap pengobatan yang dijalankan selama di RSJ.

**Masalah Keperawatan : tidak ada masalah kepeawatan**

1. Klien memiliki sistem pendukung

Keluarga mendukung pengobatan pasien dengan membawa pasien berobat di RSJ. Pasien mendapatkan tenaga profesional perawat dan dokter yang berusaha merawat untuk kesembuhan pasien.

**Masalah Keperawatan : tidak ada masalah kepeawatan**

1. Apakah klien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan atau hobbi

Sebelum sakit pasien mengatakan suka ternak burung labert.

**Masalah Keperawatan : tidak ada masalah kepeawatan**

3.1.8 Mekanisme Koping

Pasien biasanya berbicara dengan orang lain yang dikenalnya.

* + 1. Masalah Psikososial dan Lingkungan

|  |
| --- |
| Masalah spesifik yang berhubungan dengan |
| Kelompok | : Tidak ada maslah spesifik yang menyebabkan gangguan jiwa |
| Lingkungan | : Tidak ada maslah spesifik yang menyebabkan gangguan jiwa |
| Pendidikan | Tidak ada maslah spesifik yang menyebabkan gangguan jiwa |
| Pekerjaan | Tidak ada maslah spesifik yang menyebabkan gangguan jiwa |
| Perumahan | Tidak ada maslah spesifik yang menyebabkan gangguan jiwa |
| Ekonomi | Tidak ada maslah spesifik yang menyebabkan gangguan jiwa |
| Pelayanan Kesehatan | Tidak ada maslah spesifik yang menyebabkan gangguan jiwa |
| Lain nya | Tidak ada maslah spesifik yang menyebabkan gangguan jiwa |

* + 1. Pengetahuan Kurang Tentang

|  |  |
| --- | --- |
| Penyakit Jiwa | Sistem Pendukung |
| Faktor Presipitasi | Penyakit Fisik |
| Koping | Obat-obatan |

Kurang pengetahuan tentang masalah kesehatan.

**Masalah Keperawatan : kurang pengetahuan masalah kesehatan**

1. Data lain-lain

|  |  |
| --- | --- |
| WBC | 10^3 / uL |
| RBC | 10^6 / uL |
| HGB | g/DI |
| HCT | % |
| PLT | 10^3 /uL |
| MCV | fL |
| MCH | Pg |
| MCHC | g/dL |

 Tabel Hasil Laboratorium Tn. S,

* + 1. Aspek Medik

Diagnosa Medis :

F20.3 (*Skizofrenia undifferentiated*)

##### Terapi :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Nama Obat | Dosis | Rute | Indikasi | Kontra indikasi |
| 1 | Trifuoperazine | 2x5mg | Oral | Gangguan Kecemasan | Diskrasia darah penyakit hati |
| 2 | Trihexyheridine | 2x2mg | Oral | Perkinsonisme Gangguan ekstrapiramidal karena obat | Rutensi urine glaukoma obstruksi saluran cerna |
| 3 | Clozopine | 2x25mg | Oral | Mengobati skizofrenia | Hipertonia otot/gemetar mulut kering susah BAB |
| 4 | Risperidone | 2x2mg | Oral | Mengobati skizofrenia | Eritema, Ansietas insomnia |

* + 1. Daftar Masalah Keperawatan

|  |
| --- |
| 1. Ketidak efektifan penatalaksanaan program terapeutik
 |
| 1. Respons pasca trauma
 |
| 1. Isolasi Sosial
2. Ansietas
 |
| 1. Hambatan Komunikasi
 |
| 1. Gangguan persepsi sensori Auditorius
 |
| 1. perubahan proses fikir
 |
| 1. kurang pengetahuan masalah kesehatan jiwanya
 |

* + 1. Daftar Diagnosis Keperawatan

Gangguan persepsi auditorius / Halusinasi pendengaran**3.1.14 Pohon Masalah**

effect (akibat)

Resiko perilaku kekerasan

core problem (masalah utama)

Halusinasi : pendengaran

causa (penyebab)

Isolasi sosial : menarik diri

Gambar 3.1.2 Pohon Masalah Halusinasi Pendengaran

* 1. **Analisa data**

 Analisa data Tn. S, Asuhan Keperawatan pada pasien dengan ganguan persepsi sensori halusinasi pendengaran Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal | Data | Penyebab | Masalah | Ttd |
| 1. | 17 Januari 2022 | Data Subyektif :-pasien mengatakan jarang keluar rumah kerena lebih nyaman dirumah-pasien mengatakan lebih senang dikamar dan tidak percaya diri.Data Obyektif :-Pasien terlihat Afek datar-kontak mata kurang | Resiko mencederai diri oranglain dan lingkungan↑Halusinasi↑Isolasi Sosial | Isolasi SosialSDKI D.0121Hal : 268 | C:\Users\Ganang\Desktop\Untitled.png |
| 2. | 17 Januari 2022 | Data Subyektif :-Pasien mengatakan mendengar suara tarian jaranan,reog dan leak-pasien mengatakan suara itu menyuruhnya mengikuti gerakan jarananData Obyetif :-Pasien terlihat berbicara sendiri-Pasien sering terlihat melamun-Pasien Terlihat gelisah | Resiko mencederai diri oranglain dan lingkungan↑Halusinasi↑Isolasi Sosial | Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi pendengaranSDKI D.0085Hal : 190 | C:\Users\Ganang\Desktop\Untitled.png |
| 3. | 17 Januari 2022 | Data Subyektif :-Pasien sering mendengar suara suara dan mengikuti gerakanya-Isi Fikir obsesi dan waham isi fikir.Data Obyetif :-Pasien terlihat menirukan gerakan jaranan seperti meloncat berteriak dan jatuh jatuh. | Resiko mencederai diri oranglain dan lingkungan↑Halusinasi↑Isolasi Sosial | Risiko Perilaku Kekerasan(RPK)SDKI D.0146Hal : 312 | C:\Users\Ganang\Desktop\Untitled.png |

* 1. **Intervensi Keperawatan**

Tabel 3.3 Rencana Keperawatan, Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Halusinasi di Instalasi Rawat Inap Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal | Diagnosa | Perencanaan Keperawatan | Rasional |
| Tujuan dan Kriteria Hasil | Tindakan Keperawatan |  |
| 1 | 17 Januari 2022 | Halusinasi | 1.Kognitif, Pasien a. Dapat mengungkapkan halusinasi kepada orang lain.2.Psikomotor, Pasiena. pasien mampu mengontrol halusinasi b.Dapat mempraktekkan cara menghardik halusinasi3.Afektif, Pasien mampu:a.Memilih dan mempraktekkan kegiatan yang baisa dilakukan untuk mengusir halusinasib.Mampu minum obat secara teratur | 1. Melatih cara menghardik Halusinasi.
2. Mengajarkan cara menghardik.
3. Menganjurkan klien memasukkan kegiatan menghardik halusinasi ke dalam kegiatan harian.
 | Menghardik halusinasi meringankan masalah halusinasi. |
| 1. Melatih cara mengungkapkan halusinasi.
2. Memberikan kesempatan kepada klien mempratikkan cara mengungkapkan halusinasi.
3. Membantu klien memasukkan kegiatan latihan mengungkapkan halusinasi sebagai salah satu kegiatan harian
 | Mengungkpkan halusinasi meringakan masalah halusinasi. |
| 1. Mendiskusikan kegiatan yang bisa dipilih pasien untuk mengusir halusinasi
2. Melakukan kegiatan Bersama pasien kegiatan yang telah di sepakati
3. Membantu klien memasukkan kegiatan yang di pilih sebagai salah satu kegiatan harian
 | Melakukan kegiatan meringankan halusinasi |
| 1. Memberikan kesempatan kepada klien mempratikkan cara minum obat yang benar, menjelaskan kembali fungsi obat yang diminum
2. Menganjurkan klien mempraktekkan cara minum obat dan menjelaskan kembali fungsi obat yang diminum dalam jadwal kegiatan harian.
 | Minum obat teratur mengurangi resistensi terhadap pengobatan |

**3.4 Implementasi Dan Evaluasi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama : Tn. S  | NIRM : 55xxxx | Ruangan : Ruang Gelatik |

**Tabel 3.4** Implementasi dan Evaluasi pada Tn. S

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TANGGAL****WAKTU** | **DIAGNOSA****KEPERAWATAN** | **IMPLEMENTASI** | **EVALUASI** | **TTD** |
| 17/01/202210.00 WIB  | Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran | **SP 1** **10.00 WIB**1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik

(“Selamat pagi Mas, perkenalkan nama saya Ganang Dwi Priambodo, saya sukanya dipanggil Ganang, saya dari Stikes Hang Tuah Surabaya. Saya sedang praktik disini selama 5 hari, nama Mas siapa ya? Biasanya senang dipanggil siapa?”. “*Nama saya mas S.T.A, saya biasanya dipanggil mas S*” “Boleh saya tahu umur mas berapa? Dan tinggal dimana?” “*umur saya 21 tahun, tinggal di Surabaya*” “Mas disini sudah berapa lama dan apakah sudah pernah dirawat disini?” “*Sudah 2 minggu mas, sebelumnya juga pernah dirawat disini*” “Kalau boleh tahu dirawat pada tahun berapa dan karena apa mas?” “*Saya pernah masuk tahun 2021* ” “Baiklah mas S, bolehkan kita bercakap-cakap sebentar tentang apa yang mas rasakan” “*Iya mas*” “Baik, berapa lama kita akan mengobrol? Bagaimana kalau 20 menit?” “*Iya mas boleh*” “Kalau begitu mas ingin kita mengobrol dimana?” “*Terserah mas, gimana kalau di ruang tengah aja mas*” “Baik mas F”)**10.10 WIB**1. Mengidentifikasi jenis, waktu, frekuensi, durasi, isi, situasi dan respon halusinasi pasien

 (“Apakah mas S mendengarkan suara-suara yang tidak ada wujudnya? Kalau boleh tahu apa yang dikatakan suara tersebut mas? Apa mas S terus mendengar suaranya atau sewaktu-waktu saja?”.*“Iya mas, suaranya itu seperti bunyi jaranan seperi badan saya bergerak mengikuti suara itu. biasanya”*. “Kapan biasanya mas S sering mendengarkan suara-suara itu mas? Kalau suaranya muncul respon mas S bagaimana?”. *“Biasanya saya mendengar suara itu saat saya sendirian mas, tapi paling sering pada malam hari mas”*. “Selama suaranya dibiarkan gitu apa suaranya menghilang mas”. *“Nggak langsung si mas, nunggu agak lama baru hilang-hilang sendiri”*. “Berapa kali sehari mas mengalami kegiatan tersebut? Paling sering pas mas S lagi melakukan kegiatan apa?”. “*Sehari bisa 2-3x mas, biasanya kalau saya melamun terus sendirian biasanya suaranya juga ikut muncul*”)**10.20 WIB**1. Mengajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

(“Baiklah mas, sekarang kita belajar cara-cara untuk mencegah suara tersebut ya?”. *“Iya mas tidak apa-apa”*. “Baik, mas ada empat cara untuk mencegah suara-suara tersebut muncul. Cara pertama yaitu dengan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan harian yang sudah terjadwal. Keempat, dengan cara meminum obat secara teratur. Bagaimana kalau hari ini kita belajar satu cara dahulu ya mas yaitu cara menghardik suara. Jadi apabila suara tersebut datang mas S tutup telinga kemudian berkata seperti ini…. Kamu itu tidak ada wujudnya, kamu nggak nyata, pergi saja sana! Jangan ganggu aku, pergiii!!!. Cara tersebut terus diulang-ulang sampai suaranya bisikannya hilang ya mas. Nah, sekarang coba mas S peragakan”. “*Saya tutup telinga lalu bilang kamu itu tidak ada wujudnya, kamu tidak nyata, pergi saja, jangan ganggu aku, pergi*”. “Nah, bagus sekali mas, kita coba sekali ya mas bagaimana mengucapkan kata-katanya?”. “Kamu itu tidak ada wujudnya, kamu nggak nyata, pergi saja sana! Jangan ganggu aku, pergi!”. “Bagus sekali mas Ssudah bisa melakukannya dengan baik”**10.35 WIB**1. Menganjurkan pasien untuk mencatat cara menghardik halusinasi ke dalam jadwal harian

(Sekarang cara yang sudah mas Sbisa itukita masukkan ke dalam jadwal ya mas, mas harus melatih cara menghardik halusinasi tiap pukul 09.00 pagi. Dan jika suara tersebut muncul kembali mas Sbisa memperagakan cara yang sudah kita lakukan tadi”. *“Baik mas”)***10.45 WIB**1. Berpamitan kepada pasien dan melakukan kontrak selanjutnya

(“Bagaimana perasaan mas S setelah kita latihan tadi?”. *“Alhamdulillah mas, saya dapat mengetahui cara untuk mengusir suara itu supaya menghilang”*.“Bagaimana kalau besok kita latihan cara kedua untuk mengontrol suara-suara tersebut dengan bercakap-cakap bersama orang lain, apakah mas S bersedia?”. “*Baik mas ganang saya berkenan*”.“Untuk besok apakah mas S berkenan jika kita bercakap-cakap pukul 10.00 WIB?”. “*Boleh mas*” “Baik mas, mari saya antar ke ruangan kembali”Menurut Informasi Perawat Jaga ruang Gelatik sore (14.00 WIB-21.00WIB)* Pasien Nampak Tenang
* Porsi makan sore : 1 porsi habis
* Tx obat Trifluoperazine 5mg,Clozapine 25mg jam 18.30 WIB

Malam ( 21.00 WIB - 07.00 WIB)* Pasien tidur dan bangun 05.30 WIB
* ADL mandiri
* Porsi makan pagi : 1 porsi habis
* Tx obat Trifluoperazine 5mg,Clozapine 25mg jam 06.30 WIB setelah makan pagi
 | **S :*** Pasien mengatakan namanya ialah Tn. S.T.A dan suka dipanggil Tn. S. Pasien mengatakan asli dari Surabaya. Pasien berkenan diajak berbincang-bincang oleh perawat.
* Pasien mengatakan sering mendengarkan bisikan seperti suara jaranan
* Pasien mengatakan sering mendengarkan suara itu dan mengikuti gerakannya
* Pasien mengatakan waktu halusinasi biasa terjadi saat pasien sendirian dan sedang melamun. Tanggapan pasien terhadap bisikan tersebut biasanya didengarkan dan meniru gerakan bisikan tersebut.
* Pasien mengatakan sebelumnya sudah pernah diajarkan mengenai bagaimana cara mengatasi halusinasi yang dialaminya pada saat dirawat pada tahun 2021, te
* Pasien mengatakan apabila halusinasi muncul pasien akan berkata “kamu itu tidak ada wujudnya, kamu nggak nyata, pergi saja sana! jangan ganggu aku”

**O :**Secara afektif, kognitif dan psikomotor:* Pasien dapat mengidentifikasikan halusinasi yang dialami
* Pasien mampu mempraktikkan tindakan menghardik dengan dibantu perawat
* Kontak mata membaik
* Muka rileks
* Pasien dapat mencatat tindakan yang telah diberikan

**A :** SP 1 teratasi karena pasien dapat menjelaskan mengenai halusinasi yang terjadi dengan benar, dan dapat mempraktikkan cara menghardik halusinasi dan pasien mampu mencatat kegiatan yang sudah dilakukan. **P :** SP 1 teratasi dan dilanjutkan SP 2 melatih halusinasi dengan bercakap-cakap. | C:\Users\Ganang\Desktop\Untitled.png |
| 18/01/202210.00 WIB | Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran | **SP 2** **10.00 WIB**1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien

(“Apakah suara-suaranya masih muncul mas? Dan apakah sudah dipakai cara yang telah kita latih kemarin?”. “*Setelah saya belajar pergi-pergi kamu itu palsu, kamu tidak nyatapergisaja sana, jangan ganggu aku, pergi. Suaranya semakin lama semakin hilang mas, terus kemarin munculnya hanya sekali*”. “Bagus sekali mas S”.)**10.10 WIB**1. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain

(“Baik mas, untuk cara kedua mengontrol halusinasi adalah bercakap-cakap dengan orang lain. Jadi, kalau mas S mulai mendengar suara-suara, mas S langsung saja cari teman, terserah mas S mau berbicara dengan siapa, bisa dengan Tn.A atau siapapun yang bisa diajak mengobrol. Minta teman untuk mengobrol dengan mas S. Contohnya begini “Tolong mas saya mulai dengar suara-suara, ayo mengobrol dengan saya”. Atau mas bisa langsung datang ke teman mas yang lagi sendiri dan langsung mengajak ngobrol, menanyakan tempat tinggal atau yang lain, sekiranya mas S dapat mencegah bisikan-bisikan tersebut muncul”. “*Baik mas, biasanya saya mengajak ngobrol mas R*”. “Bagus sekali mas, mas S dapat mengajak ngobrol mas R apabila mulai mendengarkan bisikan-bisikan tersebut” )* 1. **WIB**
1. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari-hari

(“Bagus sekali mas, mas S dapat mengajak ngobrol mas R apabila mulai mendengarkan bisikan-bisikan tersebut jangan lupa dimasukkan ke dalam jadwal harian ya mas” “*Baik mas*”)**10.30 WIB**1. Mengevaluasi kegiatan dan berpamitan kepada pasien dan melakukan kontrak selanjutnya

(“Bagaimana perasaan mas S setelah kita belajar cara tersebut?”. “*Saya jadi tahu cara untuk mencegah suara itu datang mas*” Jadi sudah berapa cara yang mas S ketahui untuk mengurangi suara-suara?”. “*Jadi ada 2 ya mas, yang pertama yang kamu tidak nyata, pergi-pergi terus yang kedua mengobrol dengan orang lain*”. “Bagus sekali mas S. Apabila suaranya datang lagi mas S dapat melakukan dengan kedua cara tersebut” “Bagaimana kalau kita masukan ke dalam jadwal harian kegiatan tiap pukul 09.00 pagi. Cara ini lakukan secara teratur jika mas Smendengar suara-suara itu”. “*Baik mas Ganang saya akan coba cara yang kedua*”.“Bagaimana kalau kita besok melatih dengan cara ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal?” “*Iya mas boleh*”. “Baiklah besok kita bertemu kembali ya mas” “Besok kita bertemu jam 09.30 ya mas”. “*Baik mas*” “Besok tempatnya mas S ingin dimana?”.“*Tetap disini saja mas*”. “Baik mas kalau begitu mari saya antar kembali ke ruangan, besok kita bertemu kembali”. “*Baik mas*” Menurut Informasi Perawat Jaga ruang Gelatik sore (14.00 WIB-21.00WIB)* Pasien Nampak Tenang
* Porsi makan sore : 1 porsi habis
* Tx obat Trifluoperazine 5mg,Clozapine 25mg jam 18.30 WIB

Malam ( 21.00 WIB - 07.00 WIB)* Pasien tidur dan bangun 05.30 WIB
* ADL mandiri
* Porsi makan pagi : 1 porsi habis

Tx obat Trifluoperazine 5mg,Clozapine 25mg jam 06.30 WIB setelah makan pagi | **S :** * Pasien sudah bisa melakukan cara menghardik secara mandiri “kamu itu tidak ada wujudnya, pergi saja sana! jangan ganggu aku”
* Pasien dapat bercakap-cakap dengan teman sekamarnya

**O :** Secara afektif, kognitif dan psikomotor:* Pasien sudah dapat bercakap-cakap dengan teman-teman sekamarnya
* Pasien mampu memasukkan kegiatan yang sudah dilakukan ke dalam jadwal sehar-hari

**A :** SP 2 teratasi karena pasien sudah dapat bercakap-cakap dengan orang lain**P :** SP 2 teratasi dan dilanjutkan dengan SP 3 terkait kegiatan sehari-hari yang biasa dilakukan. | C:\Users\Ganang\Desktop\Untitled.png |
| 19/01/202209.30 WIB | Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran | **SP 3** **09.30 WIB**1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien

(“Apakah suara-suaranya masih muncul mas? Apakah sudah dipakai dua cara yang sudah kita latih kemarin?”. “*Sudah mas*”. “Bagaimana hasilnya mas? “*Suaranya sekarang tidak terdengar lagi mas*”. “Alhamdulillah, bagus mas”)**09.35 WIB**1. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukkan pasien).

“Apa saja yang biasanya mas Slakukan pada saat pagi hari mas?”. “*Kalau pagi biasanya saya mengobrol dengan teman teman mas, kadang saya senam kalau ada senam dan ndengerin lagu di ruang tengah*” “Bagus sekali mas” “Baik mas S, berarti sudah ada berapa cara yang sudah kita latih dan coba disebutkan ya mas”. “*Sudah ada 3 cara mas, yang pertama yang kamu itu palsu, tidak nyata, pergi saja sana jangan ganggu aku, pergi. Kemudian yang kedua itu mengobrol dengan orang lain, yang ketiga melakukan kegiatan harian yang biasanya kita lakukan*”. “Bagus sekali mas S, mantap sekali” )**09.40 WIB**1. Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan sehari-hari

(“Bagus sekali mas S sudah mulai melakukan kegiatan. Kegiatan ini dapat mas Slakukan untuk mencegah suara tersebut muncul, mas Sharus membuat jadwal harian tiap pukul 07.00 dan 11.00”. “*Baik mas*”)**09.50 WIB**1. Mengevaluasi kegiatan dan berpamitan kepada pasien dan melakukan kontrak selanjutnya

(“Bagaimana perasaan mas setelah kita bercakap-cakap tentang jadwal aktivitas harian?”. “*Alhamdulillah mas seneng, saya jadi tahu cara untuk mengontrol suara-suara tersebut*”“Bagaimana kalau menjelang makan siang nanti kita membahas cara minum obat secara teratur. Apakah mas S berkenan?” “*Boleh mas, sebelum makan ya mas*”. “Iya mas S” “Untuk waktunya kita 15 menit saja ya mas”. “*Boleh mas*” “Untuk tempatnya di ruang tengah saja ya mas?”. “*Iya mas di ruang tengah seperti kemarin saja*”. “Baik mas” “Baik mas, sekarang saya antar ke ruangan lagi ya”)Menurut Informasi Perawat Jaga ruang Gelatik sore (14.00 WIB-21.00WIB)* Pasien Nampak Tenang
* Porsi makan sore : 1 porsi habis
* Tx obat Trifluoperazine 5mg,Clozapine 25mg jam 18.30 WIB

Malam ( 21.00 WIB - 07.00 WIB)* Pasien tidur dan bangun 05.30 WIB
* ADL mandiri
* Porsi makan pagi : 1 porsi habis

Tx obat Trifluoperazine 5mg,Clozapine 25mg jam 06.30 WIB setelah makan pagi | **S :** * Pasien mengatakan “kondisi saya jauh lebih baik dari sebelumnya, kalau suaranya datang lagi biasanya langsung saya praktikkan dan gak lama suaranya hilang mas”
* Pasien mengatakan “saya biasanya senam kadang ngobrol dengan teman teman mas, jadi gak kepikiran sama bisikannya mas, trus kalau didalam kamar biasanya diajak teman teman ngobrol biar gak bosan mas”

**O :** Secara afektif, kognitif dan psikomotor:* Pasien mampu bercakap-cakap dengan orang lain
* Pasien dapat memasukkan kegiatan sebelumnya ke dalam jadwal harian
* Pasien dapat mengontrol halusinasinya

**A :** SP 3 teratasi karena pasien dapat mandiri membuat jadwal kegiatan harian**P :** SP 3 teratasi dan dilanjutkan SP 4. | C:\Users\Ganang\Desktop\Untitled.png |
| 20/01/202112.00 WIB | Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran | **SP 4** **12.00 WIB**1. Menanyakan pengobatan sebelumnya, menjelaskan tentang pengobatan yang diberikan dan melatih pasien minum obat secara teratur

(“Apakah mas S merasakan perbedaan apabila meminum obat secara teratur dan secara tidak teratur? Apakah suara-suara tersebut menghilang atau berkurang?”. “*Ada mas kadang saya setelah minum obat saya selalu ingin tidur mas dan keadaan saya lebih tenang, tapi kalau saya tidak minum obat justru semakin sering mendengarkan bisikan-bisikan*”. “Minum obat sangat penting supaya suara-suara yang mas dengar dan mengganggu selama ini tidak muncul lagi. Warna obat apa saja yang mas S minum?”. “*Saya meminum obat secara teratur yang berwarna putih, biru sama yang kuning mas*”. “Kalau suara-suara sudah hilang obatnya tidak boleh diberhentikan. Jika mas S sudah pulang dari sini obatnya harus diminum dengan teratur ya mas supaya mas S tidak mendengar suara-suara itu lagi. Kalau obat habis mas S bisa minta ke dokter untuk mendapatkan obat itu lagi. Dan mas S harus kontrol supaya mas S mendapatkan obat dan mas S tidak boleh putus obat supaya tidak kambuh lagi”. “*Iya mas, kalau sudah pulang dan obatnya habis aku bakal ke dokter lagi minta obatnya*”. “Bagus mas”.)**12.40 WIB**1. Memasukkan jadwal keseharian pasien

(“Mari kita masukkan jadwal minum obatnya pada jadwal kegiatan mas S ya. Jangan lupa pada waktunya minta obat pada perawat atau pada keluarga kalau di rumah”. “*Iya mas*”)* 1. **WIB**
1. Mengevaluasi kegiatan dan berpamitan kepada pasien dan melakukan kontrak selanjutnya

(“Bagaimana perasaan mas S setelah kita berbincang-bincang mengenai minum obat secara teratur?”. “*Alhamdulillah senang mas*” “Jadi selama kita berbincang sudah ada berapa cara untuk mengontrol suara-suara tersebut mas?”. “*Ada empat ya mas. Hari ini yang sudah kita latih ada 2 minum obat secara teratur, kemudian melatih aktivitas harian, terus yang sebelumnya yaitu bercakap-cakap dengan orang lain dan yang kamu itu palsu tidak nyata, pergi, jangan ganggu aku, pergi sana. Betul ya mas?*”. “Bagus sekali mas S dapat menyebutkan semuanya, sekarang mas Ssudah paham apa yang telah kita lakukan untuk hari ini dan hari-hari sebelumnya, mas Ssudah bagus sekali, sekarang mari saya antar balik keruangan ya”Menurut Informasi Perawat Jaga ruang Gelatik sore (14.00 WIB-21.00WIB)* Pasien Nampak Tenang
* Porsi makan sore : 1 porsi habis
* Tx obat Trifluoperazine 5mg,Clozapine 25mg jam 18.30 WIB

Malam ( 21.00 WIB - 07.00 WIB)* Pasien tidur dan bangun 05.30 WIB
* ADL mandiri
* Porsi makan pagi : 1 porsi habis

Tx obat Trifluoperazine 5mg,Clozapine 25mg jam 06.30 WIB setelah makan pagi | **S :** * Pasien mengatakan dapat mengontrol halusinasinya
* Pasien mengatakan sering berbincang-bincang dengan teman kamarnya
* Pasien mengatakan “aku sudah diajari sama masnya 4 cara, yang pertama ngusir suara yang kamu tidak nyata itu, trus kedua belajar ngobrol sama orang lalin, ketiga buat jadwal kegiatan trus yang terakhir ini minum obat yang teratur mas”
* Pasien mengatakan “aku sering minum obat mas sehari 3x sehari rutin, aku minum obat warna kuning, biru sama putih mas”

**O :** Secara afektif, kognitif dan psikomotor:* Pasien mampu mengenal obat-obat yang dikonsumsi
* Pasien mampu bercakap-cakap dengan orang lain
* Pasien dapat memasukkan jadwal harian secara mandiri
* Pasien dapat menyebutkan semua kegiatan yang telah diberikan

**A :** SP 4 teratasi karena pasien dapat meminum obat secara teratur**P :** intervensi dihentikan, pasien dapat mengontrol halusinasinya dengan menggunakan SP 1, 2 3 dan 4 | C:\Users\Ganang\Desktop\Untitled.png |

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan jiwa masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1. **Pengkajian**

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

Menurut data yang didapat pasien masuk rumah sakit di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya pada tanggal 22 Desember 2021 dengan Diagnosa Medis Skizofrenia, sebelumnya pasien juga pernah dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya pada September 2021 dengan diagnosa yang sama. pengobatan berhasil namun pasien sudah jarang kontrol dan jarang mengkonsumsi obat secara teratur. Pengkajian dilakukan pada tanggal 17 Januari 2022 pada saat di ruangan pasien lebih suka menyendiri dan jarang melakukan aktivitas.

Pada tanda dan gejala dalam tinjauan pustaka masalah yang dituliskan menurut Azizah et al (2016) perilaku pasien yang terkait dengan Halusinasi adalah sebagai berikut :

1. Berbicara, tertawa dan tersenyum sendiri
2. Bersikap seperti mendengarkan sesuatu
3. Berhenti berbicara sesaat ditengah-tengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu.
4. Disorientasi
5. Tidak mampu atau kurang konsentrasi
6. Cepat berubah pikiran
7. Alur pikir kacau
8. Sering melamun
9. Menarik diri
10. Suka marah dengan tiba-tiba dan menyerang orang lain tanpa sebab
11. Sering melamun

Dari beberapa kesenjangan tinjauan pustaka maka dapat disimpulkan bahwa ada beberapa perilaku pasien yang muncul pada tinjauan kasus, hal ini sesuai dengan teori menurut Azizah et al (2016) bahwa tanda dan gejala pasien Halusinasi adalah sebagai berikut :

1. Berbicara sendiri

Pada saat dikaji pasien tampak sering berbicara sendirian seakan-akan ada teman untuk berkomunikasi.

1. Melamun

Pada saat di ruangan didapatkan pasien cenderung menyendiri dan kemudian melamun.

1. Menarik diri dari orang lain

Pasien suka terlihat menyendiri didalam ruangan, pada saat dirumah pasien jarang bersosialisasi dengan tetangganya karena merasa tidak percaya diri.

1. Pasien berbicara ngelantur, berbicara sendiri mondar mandir dan sempat kabur dari rumah.
2. Didapatkan data bahwa pasien mampu melakukan tindakan cara menghardik halusinasi dan pasien mampu bercakap-cakap dengan orang lain.

Berdasarkan data yang diperoleh dari tinjauan teori dan tinjauan kasus didapatkan bahwa pasien dengan halusinasi selalu sama dengan tinjauan teori dalam tanda gejala yang sama seperti yang ditampilkan dalam tinjauan teori. Dalam tinjauan kasus terdapat data yaitu pasien berbicara sendiri, melamun, menarik diri, berusaha menghindar dari orang lain dan tanda gejala dalam tinjauan kasus sama seperti pada tinjauan teori dengan dinamika sedikit kompleks.

1. **Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan hasil pengkajian pada tinjauan kasus, didapatkan data fokus pasien sering mendengar bisikan suaranya Jaranan,barongan dan Leak yang menghasutnya untuk menirukan gerakannya. Bisikan itu muncul pada saat pasien sendiri dan pada saat malam hari. Pada saat muncul bisikan tersebut pasien menirukan suara dan gerakannya. Sehingga munculnya diagnosa keperawatan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran, hal ini sesuai dengan teori menurut (SDKI, 2016) bahwa batasan karakteristik keperawatan pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi adalah perubahan dalam respon yang biasa dalam stimulus dan halusinasi.

Berdasarkan data dari pohon masalah didapatkan masalah keperawatan didapatkan masalah keperawatan sebagai berikut :

1. Resiko perilaku kekerasan (SDKI D.0146 Hal. 312) dikarenakan pasien berisiko menciderai diri sendiri dan orang lain saat menirukan isi halusinasinya berupa gerakan jaranan,barongan dan leak.
2. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran (SDKI D.0095 Hal. 190) karena pasien sering mendengarkan bisikan yang menghasutnya untuk mengikuti gerakan atau isi dari suara tersebut.
3. Isolasi Sosial (SDKI D.0121 Hal. 268) data yang didapat pasien mengatakan jarang keluar rumah kerena lebih nyaman dirumah dan pasien mengatakan lebih senang dikamar dan tidak percaya diri.

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan penulis mengambil 1 masalah utama yang ditetapkan untuk dilakukan tindakan dan intervensi keperawatan yaitu gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran .

pasien memiliki distress pasca trauma Pasien memiliki pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu perna di ejek telinganya cacat dan dijauhi orang orang mengakibatkan pasien mulai mengisolasi diri pada tahun 2021

1. **Rencana Keperawatan**

Menurut data tinjauan pustaka dan tinjauan teori pada SP 1 pasien yaitu pasien mampu membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, dan respon halusinasinya, mengajarkan pasien cara menghardik halusinasi, memasukan kedalam jadwal kegiatan harian. Menurut data tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pada SP 2 pasien yaitu mengajarkan atau melatih pasien dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Menurut data tinjauan pustaka dan tinjuan kasus pada SP 3 pasien yaitu melatih pasien mengendalikan halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan harian yang sudah terjadwal. Menurut data tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pada SP 4 pasien memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur. Setelah dilakukan interaksi atau membantu pasien mengontrol halusinasinya pasien mampu mempraktikkan cara menghardik halusinasinya, bercakap-cakap dengan orang lain, memasukan kedalam jadwal harian, dan mengkonsumsi obat secara teratur.

Menurut data tinjauan pustaka pada SP 1 keluarga yaitu melatih keluarga mengenali halusinasi pasien dari definisi, tanda dan gejala dan jenis halusinasi yang dialami pasien. Menurut data tinjauan pustaka pada SP 2 keluarga yaitu melatih keluarga dalam merawat pasien dengan halusinasi dengan cara bercakap-cakap secara bergantian kepada anggota keluarga, memotivasi pasien dan memberikan pujian atas keberhasilannya. Menurut data tinjauan pustaka pada SP 3 keluarga yaitu membuat perencanaan pulang pasien dan mengenali halusinasi yang memerlukan rujukan segera agar dapat di *follow-up* ke pelayanan kesehatan secara teratur.

Menurut penulis semua direncanakan sesuai teori yaitu seperti mengajarkan dan melatih pasien supaya bisa mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik halusinasi, mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, memasukan kedalam jadwal aktivitas harian pasien, dan minum obat secara teratur. Pada keluarga melatih mengenali halusinasi pasien, melatih cara merawat halusinasi yang dialami anggita keluarga dan membuat perencanaan pulang.

1. **Tindakan Keperawatan**

Tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan pada situasi nyata implementasi sering kali jauh lebih berbeda dengan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan, yang biasa dilakukan perawat setelah menggunakan rencana tidak tertulis yaitu apa yang difikirkan, dirasakan itu yang dilaksanakan rencana diluar dugaan yaitu pasien dapat melakukan cara menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain walau tidak sering, dengan demikian perawat tidak melakukan semua tindakan-tindakan sesuai teori, perawat hanya *follow-up* kembali tindakan kepada pasien. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih dibutuhkan dan sesuai dengan keadaan pasien saat ini. Sesuai dengan teori, pada saat akan melaksanakan tindakan perawatan membuat kontrak/ janji terlebih dahulu dengan pasien yang isinya menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta yang diharapkan pasien. Kemudian dokumentasi semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon pasien, di rencana tindakan dan di implementasi menggunakan strategi pelaksanaan sesuai dengan kriteria keperawatan.

Pada tanggal 17 Januari 2022 dilakukan tindakan SP 1 yang terdiri dari membina hubungan saling percaya terhadap pasien dan perawat. Pasien bisa mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, dan respon halusinasinya, serta mengajarkan cara menghardik halusinasinya, menganjurkan pasien memasukan tindakan kegiatan harian. Dalam pertemuan pertama pasien mampu menyebutkan nama, alamat dan pasien berkenan untuk diajak berdiskusi tentang halusinasinya. Pada pelaksanaan SP 1 pasien mampu menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif namun kontak mata pasien masih kurang, pasien jika berbicara dengan perawat yang baru dikenal pasien akan cenderung melihat ke sudut yang lain. Pada hasil wawancara respon pasien secara verbal dari mulai perkenalan pasien mengatakan “selamat pagi mas, saya Tn. S suka dipanggil S” kemudian oleh penulis ditanyakan mengenai halusinasi yang pasien alami dan pasien kooperatif dalam menjawab pertanyaan “saya mendengar suara bisikan seperti jaranan,barongan dan leak yang menyuruh saya untuk mengikuti gerakannya,” respon pasien terhadap suara tersebut yaitu mengacuhkan dan terkadang mengusirnya dengan cara seperti “pergi saja kamu, kamu itu palsu, pergi, pergi jangan ganggu aku”. Pada saat dikaji pasien mampu mengenali halusinasinya dengan menyebutkan jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, dan respon halusinasinya, pasien mampu dan bisa mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik. Untuk asumsi penulis pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan pasien kooperatif mskipun kontak mata masih kurang, selanjutnya menganjurkan pasien untuk memasukan jadwal cara menghardik tiap pukul 09.00 WIB.

Menurut penulis saat dilakukan tindakan pada SP 1 tidak ada halangan dan pasien bisa mempraktikan cara mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik halusinasi dengan cara ini penulis berharap suara-suara itu tidak muncul kembali. Pasien mudah sekali menerima intervensi dari perawat dikarenakan pasien tersebut adalah pasien lama dan pernah dirawat sebelumnya. Menurut asumsi penulis pasien mampu mengidentifikasi halusinasinya dan mempraktikkan cara menghardik halusinasi.

Pada tanggal 18 Januari 2022 dilakukan tindakan SP 2 yang terdiri dari mengevaluasi jadwal kegiatan harian, melatih pasien mengendalikan halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, menganjurkan memasukan kedalam jadwal kegiatan harian. Pada saat penulis akan melaksanakan SP 2, penulis melihat pasien dapat bercakap-cakap dengan orang lain. Pasien mampu mengontrol halusinasinya menggunakan cara menghardik halusinasi dan memasukan kedalam jadwal harian pasien, pasien bisa mempraktikan cara bercakap-cakap dengan orang dan memasukan kedalam kegiatan harian tiap pukul 09.00 WIB dilihat secara objektif pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain dan memasukan jadwal tiap pukul 09.00 WIB.

Menurut asumsi penulis pasien mampu berlatih cara bercakap-cakap dengan orang lain. Pasien juga mengatakan apabila pasien ingin bercakap-cakap pasien akan mencari lawan berbicara. Dengan cara ini penulis berharap pasien tidak mendengar suara-suara tersebut. Hal ini disebabkan karena pasien lama sehingga mudah sekali untuk menerima intervensi dari perawat.

Pada tanggal tanggal 19 Januari 2022 pukul 09.30 WIB dilakukan tindakan SP 3 yang terdiri dari mengevaluasi jadwal kegiatan harian, melatih pasien memasukan kegiatan harian kedalam jadwal pasien, menganjurkan pasien memasukan kedalam jadwal harian. Pasien mengatakan kepada perawat kegiatannya saat bangun tidur merapikan tempat tidur dan mandi. “Saat suara itu muncul saya akan menerapkan kegiatan yang diajarkan oleh perawat agar suara itu cepat hilang dan pergi”. Secara obyektif pasien tampak antusias dalam menceritakan kegiatan dan pasien tampak tenang kontak mata pasien sudah baik, pasien dapat melakukan *eye contact* saat bercakap-cakap dengan orang lain, pasien biasa ikut senam di ruang tengah. Pasien mampu membuat jadwal harian tiap pukul 07.00 WIB dan 09.00 WIB.

Menurut asumsi penulis pasien mampu mengevaluasi jadwal harian dan berlatih cara bercakap-cakap dengan orang lain, dengan dilakukan cara yang ketiga ini penulis berharap pasien bisa memasukan kegiatannya dalam jadwal hariannya dan penulis juga berharap pasien juga tidak mendengarkan suara suara setelah dilakukan kegiatan.

Pada tanggal 19 Januari 2022 pukul 12.00 WIB dilakukan tindakan SP 4 yang terdiri dari mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur, menganjurkan pasien memasukan kedalam kegiatan harian. Menurut asumsi penulis pasien bisa mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain dan memasukan kegiatan harian pasien kedalam jadwal kegiatan. Pasien menyadari pentingnya minum obat dengan teratur dan kontrol dengan teratur. Dengan dilakukan cara yang ke empat ini semoga pasien bisa minum obat secara teratus baik itu di rumah sakit dan di rumahnya sendiri.

Pada strategi pelaksanaan (SP) kepada keluarga belum terlaksana dikarenakan keluarga pasien belum sempat berkunjung menemui pasien.

Pada tinjauan kasus dan tinjauan teori terdapat kesenjangan yaitu pada tinjauan teori menyebutkan bahwa dalam pelaksanaan terdapat poin yaitu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi, berbincang-bincang dengan orang lain, memasukan jadwal dalam kegiatan harian dan minum obat secara teratur, sedangkan dalam tinjauan kasus sama seperti tinjauan teori dikarenakan dalam tinjauan kasus tidak ada hambatan yang terlalu berarti dalam melakukan strategi pelaksanaan kepada pasien. Dalam pemberian tindakan pasien dapat menerima apa yang telah diberikan oleh perawat dikarenakan pasien tersebut adalah pasien lama yang MRS pada tanggal 22 Desember 2021 dan sebelumnya pada September 2021 pernah dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

1. **Evaluasi Keperawatan**

Pada tinjauan teori evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus-menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Pada tinjauan kasus, evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan klien dan masalahnya secara langsung, dilakukan setiap hari selama pasien dirawat di Ruang Gelatik. Evaluasi tersebut menggunakan SOAP sehingga terpantau respon pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi SP 1 pasien dapat mengerti jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi yang dapat menimbulkan halusinasi pasien, respon pasien terhadap halusinasi, pasien mampu menghardik halusinasi, pasien belum mampu memasukkan cara menghardik ke dalam kegiatan harian. Pasien cukup kooperatif dan mampu berlatih apa yang diajarkan oleh perawat.

Pada SP 2 pasien dapat mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, pasien dapat mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap–cakap dengan orang lain, pasien dapat memasukkan ke dalam jadwal harian. Pasien cukup kooperatif dan mampu berlatih apa yang diajarkan oleh perawat.

Pada SP 3 pasien dapat mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, pasien dapat mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan harian, pasien dapat memasukkan ke dalam jadwal harian. Pasien kooperatif dan mampu berlatih apa yang diajarkan oleh perawat.

Pada waktu dilaksanakan SP 4 pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain dan memasukan kedalam kegiatan harian. Pasien mampu minum obat secara teratur dan memasukan kedalam jadwal kegiatan pasien.

Pada strategi pelaksanaan (SP) kepada keluarga belum terlaksana dikarenakan keluarga pasien belum sempat berkunjung menemui pasien.

Pada akhir evaluasi semua tujuan secara kognitif, afektif dan psikomotor dapat dicapai karena adanya kerja sama yang baik antara pasien dan perawat. Hasil evaluasi pada Tn. S sudah selesai dengan harapan masalah teratasi.

**BAB 5
PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa secara langsung pada pasien dengan kasus Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasa pasien halusinasi pendengaran.

1. **Kesimpulan**

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien Halusinasi pendengaran, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian keperawatan pada Tn. S dengan diagnosa utama keperawatan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur. Pengkajian pada Tn. S ditemukan masalah persepsi sensori yaitu gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dengan penjelasan bahwa pasien sering mendengarkan bisikan dan mengikuti isi bisikan tersebut. Didapatkan data pasien mengalami halusinasi pada saat sendirian dan malam hari. respon pasien kepada bisikian tersebut adalah menghardik, terkadang pasien juga mengikuti bisikan tersebut. Melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan, penanganan pasien pada halusinasi pendengaran perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga yang profesional.
2. Diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran pada Tn. S dengan diagnosa medis Skizofrenia di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur, didapatkan 3 masalah keperawatan antara lain yaitu Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran, Isolasi sosial dan Resiko Perilaku Kekerasan.
3. Intervensi keperawatan yang diberikan kepada Tn. S yaitu Strategi yang diberikan kepada pasien ada 4 strategi pelaksanaan pada pasien yaitu SP 1 bertujuan untuk membantu pasien mengenali halusinasinya yaitu mencakup isi halusinasi (apa yang didengar), waktu terjadinya halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul lalu respon klien saat halusinasi muncul. Melatih pasien mengontrol halusinasi yaitu cara pertama dengan cara menghardik, dan membina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien, SP 2 yaitu melatih pasien mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, SP 3 yaitu melakukan aktivitas terjadwal, dan untuk SP 4 yaitu mengontrol halusinasinya dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang mengonsumsi obat secara teratur. Pada strategi pelaksanaan keluarga direncanakan dari SP 1-3, pada SP 1 melatih keluarga mengenali halusinasi pasien dari definisi, tanda dan gejala dan jenis halusinasi yang dialami pasien. Pada SP 2 keluarga yaitu melatih keluarga dalam merawat pasien dengan halusinasi dengan cara bercakap-cakap secara bergantian kepada anggota keluarga, memotivasi pasien dan memberikan pujian atas keberhasilannya. Untuk SP 3 keluarga yaitu membuat perencanaan pulang pasien dan mengenali halusinasi yang memerlukan rujukan segera agar dapat di *follow-up* ke pelayanan kesehatan secara teratur.
4. Tindakan keperawatan pada Tn. S dilakukan mulai tanggal 17 Januari 2022 sampai dengan 20 Januari 2022 dengan menggunakan rencana yang dibuat selama tiga hari tersebut pasien mampu mengontrol halusinasinya secara kognitif, afektif dan psikomotorik, pada strategi pelaksanaan pasien perawat telah memberikan mulai dari SP 1-4 pasien, namun pada strategi pelaksanaan keluarga dari SP 1-3 perawat belum melaksanakan tindakan tersebut dikarenakan keluarga pasien belum sempat mengunjungi pasien di rumah sakit..
5. Evaluasi keperawatan pada Tn. S didapatkan hasil pasien mampu mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respon halusinasinya, dan klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, memasukan jadwal pada kegiatan harian, dan penggunaan obat secara teratur.
6. Dokumentasi kegiatan dilakukan setiap hari setelah melakukan strategi pelaksanaan, yang didokumentasikan adalah pendapat pasien atau data subjektif yang dikatakan klien, data objektif yang bisa di observasi setiap harinya, lalu assessment dan yang terakhir adalah planning atau tindak lanjut untuk hari berikutnya.
7. **Saran**

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

1. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk menambah pengetahuan dan keterampilan bagi mahasiswa khususnya tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien jiwa, sehingga mahasiswa lebih profesional dalam mengaplikasikan pada kasus secara nyata.

1. Bagi Rumah Sakit

Untuk meningkatkan pelayanan yang ada dirumah sakit terutama dalam menerapkan asuhan keperawatan jiwa khususnya dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dengan diagnosa medis Skizofrenia.

1. Bagi Mahasiswa

Untuk meningkatkan dan mengembangkan pengetahuan mahasiswa tentang ilmu keperawatan jiwa sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Serta mengetahui terlebih dahulu beberapa masalah utama dan diagnosa medis yang meliputi keperawatan jiwa.

Daftar Pustaka

Anjaswarni, T. (2016). *Komunikasi dalam Keperawatan.* (Kementrian).

Azizah, L. M., Zainuri, I., & Akbar, A. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa: Teori dan Aplikasi Praktik Klinik*.

Lilik Ma’rifatul Azizah, Imam Zainuri, A. A. T. (2016). *KESEHATAN JIWA Teori dan Aplikasi Praktik Klinik*. 674. http://rsjiwajambi.com/wp-content/uploads/2019/09/Buku\_Ajar\_Keperawatan\_Kesehatan\_Jiwa\_Teori-dan-Aplikasi-Praktik-Klinik-1.pdf

Maulana, I., S, S., Sriati, A., Sutini, T., Widianti, E., Rafiah, I., Hidayati, N. O., Hernawati, T., Yosep, I., H, H., Amira D.A, I., & Senjaya, S. (2019). Penyuluhan Kesehatan Jiwa untuk Meningkatkan Pengetahuan Masyarakat tentang Masalah Kesehatan Jiwa di Lingkungan Sekitarnya. *Media Karya Kesehatan*, *2*(2), 218–225. https://doi.org/10.24198/mkk.v2i2.22175

Muhith, A. (2015). *Muhith, A. Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi).* ((M. Bendet).

PPNI. (2016). *SDKI Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). Jakarta Selatan: DPP PPNI.

Sarfika, R., Maisa, E. A., & Freska, W. (2018). *Komunikasi Teraupetik dalam Keperawatan.*

Supinganto, A., Yani, A. L., Darmawan, K. D., Paula, V., Marliana, T., Nasution, R. A., Mukarromah, I., Agustine, U., Florensa, M. V. A., Nompo, R. S., Mukhoiratin, Mawarti, H., & Jaya, M. A. (2021). *Keperawatan jiwa dasar*.

Sutejo. (2019). *Keperawatan Jiwa*.

Ulya, Z. (2017). *Zuhrotun ulya*.

Ulya, Z. (2017). Z. ulya. (2017). DATA SKIZOFRENIA. *Zuhrotun Ulya.*

Yosep, H. I. (2014). *buku ajar keperawatan Jiwa* (M. Dandan Wildani (ed.)).

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA**

**PASIEN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN**

**PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN**

**(SP 1 HALUSINASI)**

Nama pasien : Sdr. S

Umur : 21 tahun

Pertemuan : ke 1 (satu)

Tanggal : 17 Januari 2022 pukul 10.00 WIB

1. **PROSES KEPERAWATAN**
	1. Kondisi Pasien:

Kondisi Sdr. S pada saatitu sedang menyendiri di kamar dan tampak kontak mata kurang

* 1. Diagnosa Keperawatan.

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

* 1. Tujuan Keperawatan
		1. Pasien dapat membina hubungan saling percaya terhadap perawat
		2. Pasien dapat mengenali jenis halusinasi pasien
		3. Pasien dapat mengenali isi halusinasi pasien
		4. Pasien dapat mengenali waktu halusinasi pasien
		5. Pasien dapat mengenali frekuensi halusinasi pasien
		6. Pasien dapat mengenali situasi yang menimbulkan halusinasi
		7. Pasien dapat mengenali respon pasien terhadap halusinasi
		8. Pasien dapat mengenali menghardik halusinasi
		9. Pasien dapat mengenali memasukkan cara menghardik halusinasi dan jadwal kegiatan harian.
	2. Tindakan Keperawatan
1. Membina hubungan saling percaya kepada perawat
2. Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien
3. Mengidentifikasi isi 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 menghardik halusinasi
9. Menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dan jadwal kegiatan harian.
10. **STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**
	* 1. **FASE ORIENTASI**
11. Salam Terapeutik

“Selamat pagi pak, perkenalkan nama saya Ganang dwi Priambodo, saya sukanya dipanggil Ganang, saya dari Stikes Hang Tuah Surabaya. Saya sedang praktik disini selama 5 hari, nama Mas siapa? Biasanya senang dipanggil siapa?”. “Nama saya mas S.T.A, saya biasanya dipanggil mas S”

1. Evaluasi / validasi

Bagaimana perasaan mas hari ini? Bagaimana dengan tidurnya semalam?”. “Alhamdulillah Mas bisa tidur semalam, tapi saya sering dengar bisikan-bisikan gitu Mas”

1. Kontrak
	* + 1. Topik

“Baiklah mas, bagaimana kalau kita bercakap-cakap mengenai suara tanpa wujud yang sedang mas alami? Apa mas berkenan?”. “Baik Mas, saya mau diajak berbincang-bincang”

* + - 1. Waktu

“Baik mas, apakah mas berkenan kita bercakap-cakap selama kurang lebih 20 menit?”. “Baik Mas, boleh”

* + - 1. Tempat

“Bagaimana kalau kita bercakap-cakap di ruang tengah, apakah mas berkenan”. “Boleh Mas”

* + 1. **FASE KERJA**

Apakah mas S mendengarkan suara-suara yang tidak ada wujudnya? Kalau boleh tahu apa yang dikatakan suara tersebut mas? Apa mas S terus mendengar suaranya atau sewaktu-waktu saja?”.*“Iya mas, suaranya itu seperti bunyi jaranan seperi badan saya bergerak mengikuti suara itu. biasanya”*. “Kapan biasanya mas S sering mendengarkan suara-suara itu mas? Kalau suaranya muncul respon mas S bagaimana?”. *“Biasanya saya mendengar suara itu saat saya sendirian mas, tapi paling sering pada malam hari mas”*. “Selama suaranya dibiarkan gitu apa suaranya menghilang mas”. *“Nggak langsung si mas, nunggu agak lama baru hilang-hilang sendiri”*. “Berapa kali sehari mas mengalami kegiatan tersebut? Paling sering pas mas S lagi melakukan kegiatan apa?”. “*Sehari bisa 2-3x mas, biasanya kalau saya melamun terus sendirian biasanya suaranya juga ikut muncul*”)“Kapan biasanya Mas S sering mendengarkan suara-suara itu mas? Kalau suaranya muncul respon Mas bagaimana?””. “Baiklah mas, sekarang kita belajar cara-cara untuk mencegah suara tersebut ya?”. *“Iya Mas tidak apa-apa”*. “Baik, Mas S ada empat cara untuk mencegah suara-suara tersebut muncul. Cara pertama yaitu dengan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan harian yang sudah terjadwal. Keempat, dengan cara meminum obat secara teratur. Bagaimana kalau hari ini kita belajar satu cara dahulu ya mas yaitu cara menghardik suara. Jadi apabila suara tersebut datang mas S tutup telinga kemudian berkata seperti ini…. Kamu itu tidak ada wujudnya, kamu nggak nyata, pergi saja sana! Jangan ganggu aku, pergiii!!!. Cara tersebut terus diulang-ulang sampai suaranya bisikannya hilang ya mas. Nah, sekarang coba mas S peragakan”. “*Saya tutup telinga lalu bilang kamu itu tidak ada wujudnya, kamu tidak nyata, pergi saja, jangan ganggu aku, pergi*”. “Nah, bagus sekali mas, kita coba sekali ya mas bagaimana mengucapkan kata-katanya?”. “Kamu itu tidak ada wujudnya, kamu nggak nyata, pergi saja sana! Jangan ganggu aku, pergi!”. “Bagus sekali mas Ssudah bisa melakukannya dengan baik”

* + 1. **FASE TERMINASI**
1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi Subyektif (Pasien)

“Bagaimana perasaan Mas S setelah kita latihan tadi?”. *“Alhamdulillah Mas, saya dapat mengetahui cara untuk mengusir suara itu supaya menghilang”*.

Evaluasi Obyektif (Perawat)

“Bisa Mas S ulangi lagi cara apa saja yang bisa dilakukan untuk mencegah suara-suara tersebut datang?”. “*Bisa Mas, yang pertama dengan cara mengusir yang bilang kamu itu palsu, kamu tidak ada wujudnya, pergi saja sana jangan ganggu aku, pergi! Terus yang kedua bercakap-cakap dengan orang lain, yang ketiga dengan membuat jadwal kegiatan harian, terus yang keempat itu apa ya Mas? Oh yang minum obat teratur kan ya Mas?*”. “Bagus sekali Mas S dapat menyebutkannya dengan lengkap, dan dapat memperagakan cara mengontrol suara dengan mengatakan pergi, bagus sekali”

* 1. Rencana Tindak Lanjut

“Jadi tiap jam berapa mas melatih cara mengontrol suara tersebut?”. “*Tiap jam 09.00 pagi Mas*”. “Bagus sekali Mas S , jangan lupa harus dilatih terus ya mas, harus dilakukan jangan sampai lupa”. “*Baik Mas Ganang*”

* 1. Kontrak yang akan datang
1. Topik

“Bagaimana kalau besok kita latihan cara kedua untuk mengontrol suara-suara tersebut, apakah Mas S bersedia?”. “*Baik Mas Ganang saya berkenan*”.

1. Waktu

“Untuk besok apakah Mas S berkenan jika kita bercakap-cakap pukul 10.00 WIB?”. “*Boleh Mas*”

1. Tempat

“Untuk tempatnya, Mas S mau dimana?”. “*Disini saja Mas*”. “Baik Mas S , sekarang saya antar lagi ke ruangan Mas S ya”. “*Baik Mas*”. “Selamat pagi mas, jumpa besok lagi”. “*Baik Mas*”

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA**

**PASIEN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN**

**PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN**

**(SP 2 HALUSINASI)**

Nama pasien : Sdr. S

Umur : 21 tahun

Pertemuan : ke 2 (dua)

Tanggal : 18 Januari 2022 pukul 10.00 WIB

* + 1. **PROSES KEPERAWATAN**
1. Kondisi Klien

Pasien sedang berbincang bincang dengan temannya

1. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

1. Tujuan Keperawatan
2. Perawat dapat engevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
3. Pasien dapat mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain
4. Pasien dapat memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari-hari
5. Tindakan Keperawatan
6. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
7. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain
8. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari-hari
	* 1. **STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**
		2. **FASE ORIENTASI**
9. Salam Terapeutik

“Assalamualaikum, selamat pagi mas. Masih ingat dengan saya?”. “*Masih, Mas Ganang kan*?”. “Betul sekali mas. Bagaiaman perasaannya hari ini mas?”. “*Alhamdulillah baik Mas*”

1. Evaluasi / validasi

“Apakah suara-suaranya masih muncul mas? Dan apakah sudah dipakai cara yang telah kita latih kemarin?”. “*Setelah saya belajar pergi-pergi kamu itu palsu, kamu tidak nyatapergisaja sana, jangan ganggu aku, pergi. Suaranya semakin lama semakin hilang Mas, terus kemarin munculnya hanya sekali*”. “Bagus sekali Mas S ”.

1. Kontrak
2. Topik

“Sesuai perjanjian kitakemarin, bahwa kita akan melatih cara kedua untuk mengontrol suara yaitu bercakap-cakap dengan orang lain. Apakah Mas S berkenan?”. “*Baik Mas Ganang*”

1. Waktu

“Untuk waktunya 20 menit ya Mas S , apakah mas berkenan?”. “*Berkenan Mas*”

1. Tempat

“Untuk tempatnya sesuai perjanjian kemarin ya mas diruang tengah”. “*Baik Mas*”

* + 1. **FASE KERJA**

“Baik mas, untuk cara kedua mengontrol halusinasi adalah bercakap-cakap dengan orang lain. Jadi, kalau mas S mulai mendengar suara-suara, mas S langsung saja cari teman, terserah mas S mau berbicara dengan siapa, bisa dengan Tn.A atau siapapun yang bisa diajak mengobrol. Minta teman untuk mengobrol dengan mas S. Contohnya begini “Tolong mas saya mulai dengar suara-suara, ayo mengobrol dengan saya”. Atau mas bisa langsung datang ke teman mas yang lagi sendiri dan langsung mengajak ngobrol, menanyakan tempat tinggal atau yang lain, sekiranya mas S dapat mencegah bisikan-bisikan tersebut muncul”. “*Baik mas, biasanya saya mengajak ngobrol mas R*”. “Bagus sekali mas, mas S dapat mengajak ngobrol mas R apabila mulai mendengarkan bisikan-bisikan tersebut” jangan lupa dimasukkan ke dalam jadwal harian ya mas” “*Baik Mas*”

* + 1. **FASE TERMINASI**
1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi Subyektif (Pasien)

“Bagaimana perasaan Mas S setelah kita belajar cara tersebut?”. “*Saya jadi tahu cara untuk mencegah suara itu datang Mas, saya jadi tahu bahwa cara tersebut dapat mengurangi bisikan-bisikan tersebut*”

Evaluasi Obyektif (Perawat)

“Jadi sudah berapa cara yang Mas S ketahui untuk mengurangi suara-suara?”. “*Jadi ada 2 ya Mas, yang pertama yang kamu tidak nyata, pergi-pergi terus yang kedua mengobrol dengan orang lain*”. “Bagus sekali Mas S . Apabila suaranya datang lagi Mas S dapat melakukan dengan kedua cara tersebut”

1. Rencana Tindak Lanjut

“Bagaimana kalau kita masukan ke dalam jadwal harian kegiatan tiap pukul 09.00 pagi. Cara ini lakukan secara teratur jika Mas S mendengar suara-suara itu”. “*Baik Mas Ganang saya akan coba cara yang kedua tadi*”.

1. Kontrak yang akan datang
2. Topik

“Bagaimana kalau kita besok melatih dengan cara ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal?”. “*Iya Mas boleh*”. “Baiklah besok kita bertemu kembali ya mas”

1. Waktu

“Besok kita bertemu jam 09.30 ya mas”. “*Baik Mas*”

1. Tempat

“Besok tempatnya Mas S ingin dimana?”. “*Tetap disini saja Mas*”. “Baik mas kalau begitu mari saya antar kembali ke ruangan, besok kita bertemu kembali”. “*Baik Mas*”

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA**

**PASIEN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN**

**PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN**

**(SP 3 HALUSINASI)**

Nama pasien : Sdr. S

Umur : 21 tahun

Pertemuan : ke 3 (tiga)

Tanggal : 19 Januari 2022 pukul 09.30 WIB

1. **PROSES KEPERAWATAN**
	1. Kondisi Klien:

Pasien sedang mengobrol bersama temannya dikamar.

* 1. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

* 1. Tujuan Keperawatan
1. Perawat dapat mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
2. Pasien dapat mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukkan pasien)
3. Pasien dapat memasukkan dalam kegiatan sehari-hari
	1. Tindakan Keperawatan
4. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
5. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukkan pasien)
6. Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan sehari-hari
7. **STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**
	* 1. **FASE ORIENTASI**
8. Salam Terapeutik

“Assalamualaikum, selamat pagi Mas S . bagaimana perasaannya hari ini?”. “*Alhamdulillah Mas Ganang sudah lebih baik dari sebelumnya*”

1. Evaluasi / validasi

“Apakah suara-suaranya masih muncul mas? Apakah sudah dipakai dua cara yang sudah kita latih kemarin?”. “*Sudah Mas*”. “Bagaimana hasilnya mas? “*Suaranya sekarang tidak terdengar lagi Mas*”. “Alhamdulillah, bagus mas”

1. Kontrak
2. Topik

“Sesuai janji kita kemarin, hari ini kita akan belajar cara yang ketiga untuk mencegah halusinasi yaitu melakukan kegiatan terjadwal harian ya mas, apakah Mas S berkenan?”. “*Iya Mas*”.

1. Waktu

“Untuk waktunya 20 menit ya mas”. “*Baik Mas*”

1. Tempat

“Bagaimana kalau kita pindah di ruangan makan saja mas?”. “*Iya tidak apa-apa Mas Ganang*”

* + 1. **FASE KERJA**

“Apa saja yang biasanya mas Slakukan pada saat pagi hari mas?”. “*Kalau pagi biasanya saya mengobrol dengan teman teman mas, kadang saya senam kalau ada senam dan ndengerin lagu di ruang tengah*” “Bagus sekali mas” “Baik mas S, berarti sudah ada berapa cara yang sudah kita latih dan coba disebutkan ya mas”. “*Sudah ada 3 cara mas, yang pertama yang kamu itu palsu, tidak nyata, pergi saja sana jangan ganggu aku, pergi. Kemudian yang kedua itu mengobrol dengan orang lain, yang ketiga melakukan kegiatan harian yang biasanya kita lakukan*”. “Bagus sekali mas S, mantap sekali” )”

* + 1. **FASE TERMINASI**
1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi Subyektif (Pasien)

“Bagaimana perasaan mas setelah kita bercakap-cakap tentang jadwal aktivitas harian?”. “*Alhamdulillah Mas seneng, saya jadi tahu cara untuk mengontrol suara-suara tersebut*”

Evaluasi Obyektif (Perawat)

“Baik Mas S , berarti sudah ada berapa cara yang sudah kita latih dan coba disebutkan ya mas”. “*Sudah ada 3 cara Mas, yang pertama yang kamu itu palsu, tidak nyata, pergi saja sana jangan ganggu aku, pergi. Kemudian yang kedua itu mengobrol dengan orang lain, yang ketiga melakukan kegiatan harian yang biasanya kita lakukan*”. “Bagus sekali Mas S , mantap sekali”

1. Rencana Tindak Lanjut

“Bagus sekali mari kita masukan dalam jadwal kegiatan harian Mas S ya”. “*Iya Mas*”.

1. Kontrak yang akan datang
	* + 1. Topik

“Bagaimana kalau menjelang makan siang nanti kita membahas cara minum obat secara teratur. Apakah Mas S berkenan?”. “*Boleh Mas, sebelum makan ya Mas*”. “Iya Mas S ”

* + - 1. Waktu

“Untuk waktunya kita 15 menit saja ya mas”. “*Boleh Mas*”

* + - 1. Tempat

“Untuk tempatnya di ruang tengah saja ya mas?”. “*Iya Mas di ruang tengah seperti kemarin saja*”. “Baik mas”

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA**

**PASIEN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN**

**PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN**

**(SP 4 HALUSINASI)**

Nama pasien : Sdr. S

Umur : 21 tahun

Pertemuan : ke 4 (empat)

Tanggal : 9 Januari 2022 pukul 11.15 WIB

1. **PROSES KEPERAWATAN**
2. Kondisi Pasien

Pasien sedang bercakap-cakap dengan teman kamarnya

1. Diagnosa Keperawatan.

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

1. Tujuan Keperawatan
2. Peawat dapat mengevaluasi jadwal pasien yang telah diberikan
3. Pasien dapat mengetahui tentang pengobatan yang diberikan
4. Pasien dapat minum obat secara teratur
5. Pasien dapat memasukkan ke jadwal harian
6. Tindakan Keperawatan
7. Evaluasi jadwal pasien yang lalu (SP 1, 2, 3)
8. Menjelaskan tentang pengobatan
9. Melatih pasien minum obat secara teratur
10. Memasukkan ke jadwal harian
11. **STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**
	* 1. **FASE ORIENTASI**
12. Salam Terapeutik

“Assalamualaikum, bagaimana mas apakah saya mengganggu Mas S ?”. “*Nggak kok Mas. Saya sudah selesai mengobrolnya dengan teman saya*”. “Baik mas, kita lanjut perbincangan yang tadi ya”. “*Baik Mas*”

1. Evaluasi / validasi

“Bagaimana mas apakah sudah minum obat?”. “*Belum Mas, habis makan siang baru diberikan obatnya*”

1. Kontrak
2. Topik

“Baik mas, hari ini kita berbincang-bincang mengenai tentang obat-obatan yang Mas S minum ya”. “*Baik Mas*”

1. Waktu

“Untuk waktunya cukup 15 menit ya mas”. “*Baik Mas*”

1. Tempat

“Sesuai perjanjian kita tadi, kita akan berbincang-bincang di ruang tengah ya mas”. “*Iya Mas boleh*”

* + 1. **FASE KERJA**

“Apakah Mas S merasakan perbedaan apabila meminum obat secara teratur dan secara tidak teratur? Apakah suara-suara tersebut menghilang atau berkurang?”. “*Ada Mas kadang saya setelah minum obat saya selalu ingin tidur Mas dan keadaan saya lebih tenang, tapi kalau saya tidak minum obat justru semakin sering mendengarkan bisikan-bisikan*”. “Minum obat sangat penting supaya suara-suara yang mas dengar dan mengganggu selama ini tidak muncul lagi. Warna obat apa saja yang Mas S minum?”. “*Saya meminum obat secara teratur yang berwarna putih, biru sama yang kuning Mas*”. “Kalau suara-suara sudah hilang obatnya tidak boleh diberhentikan. Jika Mas S sudah pulang dari sini obatnya harus diminum dengan teratur ya mas supaya Mas S tidak mendengar suara-suara itu lagi. Kalau obat habis Mas S bisa minta ke dokter untuk mendapatkan obat itu lagi. Dan Mas S harus kontrol supaya Mas S mendapatkan obat dan Mas S tidak boleh putus obat supaya tidak kambuh lagi”. “*Iya Mas, kalau sudah pulang dan obatnya habis aku bakal ke dokter lagi minta obatnya*”. “Bagus mas”.

* + 1. **FASE TERMINASI**
1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi Subyektif (Pasien)

“Bagaimana perasaan Mas S setelah kita berbincang-bincang mengenai minum obat secara teratur?”. “*Alhamdulillah senang Mas*”

Evaluasi Obyektif (Perawat)

“Jadi selama kita berbincang sudah ada berapa cara untuk mengontrol suara-suara tersebut mas?”. “*Ada empat ya Mas. Hari ini yang sudah kita latih ada 2 minum obat secara teratur, kemudian melatih aktivitas harian, terus yang sebelumnya yaitu bercakap-cakap dengan orang lain dan yang kamu itu palsu tidak nyata, pergi, jangan ganggu aku, pergi sana. Betul ya Mas?*”. “Bagus ekali Mas S dapat menyebutkan semuanya”

1. Rencana Tindak Lanjut

“Mari kita masukkan jadwal minum obatnya pada jadwal kegiatan Mas S ya. Jangan lupa pada waktunya minta obat pada perawat atau pada keluarga kalau di rumah”. “*Iya Mas*”.

1. Kontrak yang akan datang
2. Topik

“Baik mas kalau besok kita berbincang-bincang lagi apakah mas berkenan?. “*iya Mas boleh*”.

1. Waktu

“Baik pukul 10.00 saja ya mas”. “*Boleh Mas*”

1. Tempat

“Besok kita berbincang disini saja ya mas”. “*Iya Mas*”. “Baik mas mari saya antar ke ruangan mas, sampai jumpa besok.