KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN Ny. T DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA (HALUSINASI PENGLIHATAN) DI RUANG IV B**

**RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

****

**Oleh :**

**Henrita**

**NIM. 2030044**

**PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2021**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN Ny. T DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA (HALUSINASI PENGLIHATAN) DI RUANG IV B**

**RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners**

****

**Oleh :**

**Henrita**

**NIM. 2030044**

**PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2021**

# **HALAMAN PERNYATAAAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Henrita

Nim : 2030.044

Tanggal Lahir :

Program Studi : Profesi Ners

Menyatakan bahwa KIA yang berjudul “Asuhan Keperawatan Ny. T Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia (Halusinasi Penglihatan) Di Ruang IV B RSPAL Dr. Ramelan Surabaya“. Saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya.

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, Juli 2021



Henrita

Nim 2030044

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : Juli 2021

# **HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Henrita

NIM : 2030044

Program Studi : Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Ny. T Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia (Halusinasi Penglihatan) Di Ruang IV B RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan – perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa skripsi ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar :

**NERS (Ns)**

**Surabaya, Juli 2021**

**Pembimbing**

**Lela Nurlela, S.Kep.,M.Kes**

**NIP . 03021**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : Juli 2021

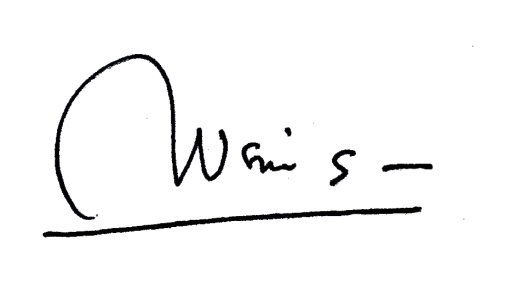
HALAMAN PENGESAHAN

Nama : Henrita

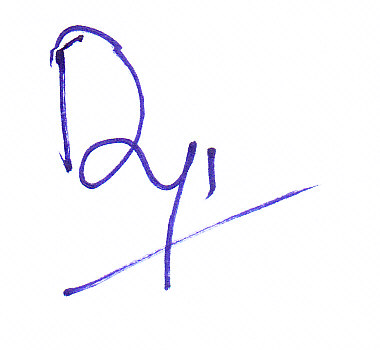
NIM : 2030044

Program Studi : Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Ny. T Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia (Halusinasi Penglihatan) Di Ruang IV B RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan KIA di STIKES Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “Ners” pada Prodi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

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

**Penguji II : Lela Nurlela., S.Kep.,M.Kes**

**Penguji III : Dya Sustrami, S. Kep.,Ns.,M.Kes**

|  |
| --- |
| **Mengetahui**  **STIKES HANG TUAH SURABAYA**  **KAPRODI PROFESI NERS** |
| **Nuh Huda, S. Kep., Ns., M. Kep., Sp. Kep. MB**  **NIP.03020** |

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : Juli 2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa yang telah melimpahkan berkatNya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa kebehasilan dan kelancaran karya Ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak 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. Mayor Laut (K) dr. Tanto Sakti. H., Sp. THT. K. L, selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir
2. Laksamana pertama (purn) Dr.A.V.Sri Suhardiningsih,S.Kp.,M.Kes, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya dan Penguji 1 yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep.,Sp.Kep.MB., selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Lela Nurlela, S.Kep., M.Kes, selaku Pembimbing, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah AKhir ini.
5. Ibu Dya Sustrami, S. Kep., Ns.,M.Kes selaku Penguji yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yangpenuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Ayah, ibu, dan keluarga besar yang telah mendukung dalam doa dan memberikan dorongan semangat sehingga Karya Ilmiah akhir ini dapat terselesaikan dengan lancar dan baik.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Tuhan membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

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

Surabaya, 23 Juli 2021

Penulis

DAFTAR ISI

[**HALAMAN JUDUL 1**](#_Toc77885312)

[**HALAMAN JUDUL DALAM 2**](#_Toc77885313)

[**HALAMAN PERSETUJUAN 3**](#_Toc77885314)

[**HALAMAN PENGESAHAN 4**](#_Toc77885315)

[**KATA PENGANTAR 5**](#_Toc77885316)

[**DAFTAR ISI 6**](#_Toc77885317)

[**DAFTAR TABEL 8**](#_Toc77885318)

[**DAFTAR GAMBAR 9**](#_Toc77885319)

[**BAB 1 PENDAHULUAN 10**](#_Toc77885320)

[1.1 Latar Belakang 10](#_Toc77885321)

[1.2 Rumusan Masalah 13](#_Toc77885322)

[1.3 Tujuan Penulisan 13](#_Toc77885323)

[1.4 Manfaat 14](#_Toc77885324)

[1.5 Metode Penulisan 14](#_Toc77885325)

[1.6 Sistematikan Penulisan 16](#_Toc77885326)

[**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 18**](#_Toc77885327)

[2.1 Konsep Skizofrenia 18](#_Toc77885328)

[2.1.1. Pengertian 18](#_Toc77885329)

[2.1.2. Etiologi 19](#_Toc77885330)

[2.1.3. Tanda dan Gejala 20](#_Toc77885331)

[2.1.4. Klasifikasi 22](#_Toc77885332)

[2.1.5. Kriteria Diagnostik 23](#_Toc77885333)

[2.1.6. Diagnosis banding 23](#_Toc77885334)

[2.1.7. Prognosa 24](#_Toc77885335)

[2.1.8. Pengobatan 25](#_Toc77885336)

[2.2 Konsep Halusinasi 27](#_Toc77885337)

[2.2.1. Pengertian 27](#_Toc77885338)

[2.2.2. Etiologi 28](#_Toc77885339)

[2.2.3. Tanda dan Gejala 30](#_Toc77885340)

[2.2.4. Klasifikasi 31](#_Toc77885341)

[2.2.5. Psikopatologi 32](#_Toc77885342)

[2.2.6. Tahap Halusinasi 33](#_Toc77885343)

[2.2.7. Pengkajian 34](#_Toc77885344)

[2.2.8. Pohon Masalah 35](#_Toc77885345)

[2.2.9. Masalah Keperawatan dan Diagnosa Keperawatan 35](#_Toc77885346)

[**BAB 3 TINJAUAN KASUS 37**](#_Toc77885347)

[3.1 Pengkajian 37](#_Toc77885348)

[3.1.1. Indentitas Klien 37](#_Toc77885349)

[3.1.2. Keluhan Utama 37](#_Toc77885350)

[Masalah Keperawatan: 37](#_Toc77885351)

[3.1.3. Pemeriksaan fisik 37](#_Toc77885352)

[3.1.4. Genogram 38](#_Toc77885353)

[3.1.5. Konsep diri 38](#_Toc77885354)

[3.1.6. Hubungan sosial 39](#_Toc77885355)

[3.1.7. Spiritual 39](#_Toc77885356)

[3.1.8. Status mental 40](#_Toc77885357)

[3.1.9. Proses pikir 41](#_Toc77885358)

[3.1.10. Mekanisme koping 42](#_Toc77885359)

[3.1.11. Masalah Psikososial dan Lingkungan 42](#_Toc77885360)

[3.1.12. Kurang Pengetahuan 43](#_Toc77885361)

[3.1.13. Aspek Media 43](#_Toc77885362)

[3.2 Daftar Masalah Keperawatan 43](#_Toc77885363)

[3.3 Daftar Diagnosis Keperawatan 43](#_Toc77885364)

[3.4 Analisa Data 43](#_Toc77885365)

[3.5 Perencanaan Tindakan Keperawatan 45](#_Toc77885366)

[3.6 Pelaksanaan dan Catatan Perkembangan 57](#_Toc77885367)

[**BAB 4 PEMBAHASAN 62**](#_Toc77885368)

[4.1 Pengkajian 62](#_Toc77885369)

[4.2 Diagnosa 64](#_Toc77885370)

[4.3 Perencanaan 65](#_Toc77885371)

[4.4 Pelaksanaan 65](#_Toc77885372)

[4.5 Evaluasi 66](#_Toc77885373)

[**BAB 5 SIMPULAN 67**](#_Toc77885374)

[5.1 SIMPULAN 67](#_Toc77885375)

[5.2 SARAN 68](#_Toc77885376)

[**DAFTAR PUSTAKA 70**](#_Toc77885377)

DAFTAR TABEL

[Tabel 3.1 Analisa data 44](#_Toc77698595)

[Tabel 3.2 Rencana intervensi 45](#_Toc77698596)

[Tabel 3.3 Rencana intervensi 51](#_Toc77698597)

[Tabel 3.4 Implementasi dan catatan perkembangan 56](#_Toc77698598)

DAFTAR GAMBAR

[Gambar 2.1 Algoritma obat psikosis 26](#_Toc77698343)

[Gambar 2.2 Pohon masalah gangguan persepsi sensori: Halusinasi 35](#_Toc77698344)

[Gambar 3.1 Pohon Masalah 44](#_Toc77698345)

BAB 1  
PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Skizofrenia berdasarkan bahasa aslinya yaitu bahasa yunani bermakna “*Skhizein”* yaitu suatu kondisi retak atau pecah dan “*phren”* yaitu pikiran yang terkait dengan emosi. Maka skizofrenia didefinisikan sebagai kondisi gangguan kesehatan dimana seorang mengalami keretakan emosi atau jiwa sehingga kepribadiannya tidak sama seperti sebelumnya (Picchioni & Murray, 2007). Gangguan khas yang muncul pada penderita skizofrenia adalah kondisi psikotik yang mempengaruhi fungsi berpikir, menerima, persepsi terhadap kenyataan, merasakan, ekspresi emosi hingga kesulitan untuk berkomunikasi. Gangguan kronis dapat muncul gangguan seperti delusi, halusinasi, perilaku kekerasan, dan defisit perawatan diri (Nurhalimah, 2016; Picchioni & Murray, 2007). Sebuah scoping review menemukan bahwa sekitar 60 – 80% penderita gangguan spektrum skizofrenia mengalami halusinasi pendengaran dan sisanya mengalami gangguan sensori persepsi yang lainnya (Gonçalves, Sampaio, Sequeira, & Silva, 2019).

Menurut World Health Organization Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa berat yang bersifat berat dan kronis yang menyerang 20 juta orang di seluruh dunia. Skizofrenia merupakan penyakit kronis, parah, dan melumpuhkan, gangguan otak yang di tandai dengan pikiran kacau, waham, delusi, halusinasi, dan perilaku aneh atau katatonik. Negara berkembang seperti Indonesia penderita gangguan jiwa dari data yang diambil penderita skizofrenia mengalami peningkatan sebesar 5,3% terutama untuk skizofrenia berat seperti gangguan perilaku hingga dengan pasung. Kasus tertinggi terdapat di Bali (11%), Di wilayah Jawa Timur data yang tercatat 2018 penderita skizofrenia sebesar 7,5%( Winda, 2020) .

Halusinasi adalah kondisi seseorang yang mengalami gangguan rangsangan panca indera meski tanpa adanya stimulus eksternal. Contohnya seorang yang mengalami gangguan halusinasi dapat mempersepsikan mendengar suatu suara tanpa adanya suara nyata berbunyi. Dengan kata lain gangguan halusinasi adalah perasaan menghirup, melihat, mendengar, mengecap, dan meraba tanpa adanya rangsangan yang nyata. Biasanya penderita Halusinasi penglihatan menimbulkan beberapa masalah keperawatan antara lain : Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi pengelihatan, dan Isolasi Sosial. Berdasarkan penelitian halusinasi pendengaran adalah yang sering terjadi dengan prevalensi 70%, 20% lainnya adalah halusinasi penglihatan, sisanya 10% adalah halusinasi penghidu, pengecap, dan perabaan (Farrell, 2017; Picchioni & Murray, 2007).

Seorang penderita halusinasi pendegaran merasa mendengar suara-suara yang tidak ada wujud asli sumber suaranya. Suara ini dapat penderita definisikan berasal dari internal dan eksternal. Dari sudut pandang perawat suara tersebut terpisah dari pikiran penderita sendiri. Konten dari suara dapat beragam, mulai dari suara yang mengancam, menghina, hingga suara yang memerintah penderita untuk melakukan suatu aksi yang diluar norma. Suara yang memerintah untuk melakukan tindak kekerasan kepada orang lain menjadi salah satu penyebab seorang penderita skizofrenia melakukan perilaku kekerasan. Observasi yang dilakukan pada penderita halusinasi pendengaran sangat unik. Penderita melaporkan adanya stimulus suara yang tidak ada wujudnya. Perilaku pasien akan menunjukkan bahwa dia mendengarkan stimulus suara yang nyata bahkan dia akan menjawab stimulus suara palsu tersebut seakan stimulus suara dapat berkomunikasi layaknya seorang individu nyata (Nurhalimah, 2016; Picchioni & Murray, 2007; Wahyuni, Nst, & Daulay, 2017).

Perawatan penderita skizofrenia dengan gejala halusinasi pendengaran perlu melibatkan seluruh elemen. Elemen yang dimaksud adalah professional kesehatan dan keluarga penderita. Profesional kesehatan adalah perawat dan dokter yang menjalankan asuhan kepada penderita secara paripurna. Sedangkan melibatkan keluarga bermaksud untuk meningkatkan derajat sehat dan kemandirian pasien. Pada akhirnya penderita skizofrenia harus kembali ke masyarakat maka adalah tugas keluarga untuk memandu penderita dan mengawasi agar tidak terjadi kekambuhan (Wahyuni et al., 2017).

Menurut hasil scooping review ditemukan intervensi yang paling sering digunakan pada penderita halusinasi pendengaran adalah mengajarkan stretegi melakukan koping efektif, control diri, dan manajemen diri terhadap halusinasi yang dialaminya. Menurut penelitian yang ada masalah utama penderita yang mengalami gangguan halusinasi pendengaran adalah gangguan ini memicu aktivasi strategi koping disfungsional. Strategi koping disfungsional timbul akibat dari usaha penderita untuk menerima pengalaman mendengar stimulus tidak menyenangkan yang selalu muncul. Beberapa rekomendasi tindakan yang dibahas pada penelitian terkait adalah intervensi “Strategi meningkatkan strategi koping, control diri, dan manajemen diri terkait halusinasi”. Intervensi lain yang dapat dilakukan yaitu “10 sesi kelas manajemen sikap terhadap halusinasi pendengaran yang a lot”. Intervensi lain juga menjadi saran seperti “psikoedukasi”, “Cognitive Behavioral Therapy”, dan “psikoterapi” (Gonçalves et al., 2019).

Sayangnya tidak seluruh intervensi ini dapat dilakukan oleh perawat di seluruh dunia. Seperti contohnya tidak perawat di beberapa negara tidak diperbolehkan melakukan psikoterapi karena intervensi ini adalah kompetensi psikiater (Gonçalves et al., 2019). Rekomendasi tindakan keperawatan terhadap penderita halusinasi pendengaran adalah tindakan kontrol halusinasi dengan menghardik, enam benar minum obat, mengobrol, dan melakukan kegiatan dirumah seperti membereskan kamar, menata tempat tidur, serta aktivitas rutin lainnya yang dapat menyibukkan penderita (Nurhalimah, 2016).

Berdasarkan latar belakang yang telah didapatkan maka penulis terdorong untuk menulis sebuah karya ilmiah tentang Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Halusinasi Penglihatan Pada Ny. T Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia. Karya ilmiah ini dituliskan setelah penulis melakukan asuhan keperawatan kepada pasien tersebut.

1. Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan jiwa masalah utama halusinasi penglihatan pada Ny. T dengan diagnosa medis skizofrenia di ruang IV B RSPAL Dr. Ramelan Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur?

1. Tujuan Penulisan
2. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mendefinisikan asuhan keperawatan jiwa pada Ny. T dengan masalah utama halusinasi penglihatan dan diagnosa medis skizofrenia di ruang IV B RSPAL Dr. Ramelan Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur.

1. Tujuan Khusus
2. Melakukan pengkajian keperawatan jiwa pada Ny. T dengan masalah utama halusinasi penglihatan dan diagnosa medis skizofrenia di ruang IV B RSPAL Dr. Ramelan Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur.
3. Merumuskan diagnosa keperawatan jiwa pada Ny. T dengan masalah utama halusinasi penglihatan dan diagnosa medis skizofrenia di ruang IV B RSPAL Dr. Ramelan Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur.
4. Menyusun perencanaan tindakan keperawatan jiwa pada Ny. T dengan masalah utama halusinasi penglihatan dan diagnosa medis skizofrenia di ruang IV B RSPAL Dr. Ramelan Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur.
5. Melaksanakan tindakan keperawatan jiwa pada Ny. T dengan masalah utama halusinasi penglihatan dan diagnosa medis skizofrenia di ruang IV B RSPAL Dr. Ramelan Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur.
6. Mengevaluasi pasien keperawatan jiwa pada Ny. T dengan masalah utama halusinasi penglihatan dan diagnosa medis skizofrenia di ruang IV B RSPAL Dr. Ramelan Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur.
7. Mendokumentasikan keperawatan jiwa pada Ny. T dengan masalah utama halusinasi penglihatan dan diagnosa medis skizofrenia di ruang IV B RSPAL Dr. Ramelan Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur.
8. Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat memberikan manfaat:

1. Akademis

Menambah wawasan dan referensi dari penelitian terkini kepada penulis dan pembaca tentang asuhan keperawatan jiwa terhadap pasien dengan masalah halusinasi pendengaran

1. Praktis

Menambah wawasan dan referensi tentang pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa pada penderita halusinasi pendengaran berdasarkan *evidence-based practice* kepada pembaca terutama perawat jiwa klnis atau mahasiswa keperawatan dan akademisi keperawatan.

1. Metode Penulisan
2. Metode

Metode yang digunakan adalah deskriptif analitis. Metode ini membantu penulisan karya ilmiah akhir sebab metode ini mengungkapkan, mendeskripsikan, menjelaskan peristiwa atau gejala yang terjadi pada suatu fenomena tertentu. Langkah – langkah penjelasan yang diadopsi berdasarkan outline sebagai berikut: pengkajiam, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1. Teknik pengumpulan data
2. Wawancara

Data didapatkan dari percakapan yang dilakukan terhadap penderita atau pasien, professional kesehatan lain, dan dosen pembimbing.

1. Observasi

Data didapatkan ketika melakukan observasi tingkah laku penderita pada saat wawancara berlangsung atau saat kondisi lain, data ini didasarkan pada kondisi penderita.

1. Pemeriksaan

Data didapatkan dengan melakukan pemeriksaan secara saksama dan sistematis kepada penderita.

1. Sumber data
2. Data primer

Data yang didapatkan secara langsung dari penderita, data ini didapatkan dengan melakukan proses wawancara, observasi, dan pemeriksaan.

1. Data sekunder

Data yang didapatkan dari hasil pemeriksaan professional kesehatan lain, data ini biasanya disadur dari rekam medis penderita.

1. Studi Pustaka

Studi pustaka digunakan sebagai literasi tambahan untuk menjelaskan fenomena yang ditemukan dalam proses asuhan keperawatan jiwa penderita.

1. Sistematikan Penulisan

Karya ilmiah akhir dituliskan dengan susunan sebagai berikut:

1. Bagian awal

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

1. Bagian inti

Terdiri dari lima bab yang masing-masing bab terdiri dari sub bab sebagai berikut:

BAB 1:

Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2:

Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan jiwa

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 antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5:

Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

BAB 2  
TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan diuraikan konsep yang mendasari penelitian ini antara lain: 1) Konsep Skizofrenia 2) Konsep Halusinasi Penglihatan 3) Konsep Komunikasi Terapeutik 4) Konsep Stress Adaptasi 6) Konsep Asuhan Keperawatan

1. Konsep Skizofrenia
2. Pengertian

Skizofrenia adalah salah satu penyakit mental yang paling serius dan menakutkan. Masyarakat membayangkan gangguan ini sebagai hal yang sangat menakitkan. Keluarga hingga tega mempasung penderita dan mengasingkannya dari masyarakat. Perawatan yang efektif tersedia, namun pasien dan keluarga mereka sering kali kesulitan mengakses perawatan yang baik. Perawatan yang baik sulit didapatkan entah karena tidak ada pelayanan kesehatan yang memadai atau karena keluarga yang tidak mau penderita dirawat dengan baik. Hal ini utamanya dikarenakan kesalahan informasi keluarga dalam mempersepsikan gangguan ini (Picchioni & Murray, 2007).

Seperti asal bahasanya definisi skizofrenia bermakna pecahnya jiwa dan pikiran. Nama skizofrenia berasal dari pengamatan akan penyakit ini dimana penderita akan mengalami terputusnya atau terbelahnya fungsi psikologis penderita. Tetapi sayangnya definisi ini menimbulkan pemahaman yang salah yaitu penyakit ini ditandai dengan kepribadian yang terbelah, padahal sebenarnya bukan. Skizofrenia adalah kondisi gangguan jiwa yang menimbulkan gejala positif dan negative. Dimana gejala positif terdiri dari kurangnya wawasan, halusinasi, delusi, gangguan pikiran. Sedangkan gejala negative terdiri dari penarikan sosial, pengabaian diri, kehilangan motivasi dan inisiatif, tumpul emosional, dan kurangnya bicara. Gejala skizofrenia yang paling umum adalah halusinasi pendengaran. Sebagai tambahan penelitian mengatakan bahwa skizofrenia ringan dapat terjadi pada orang sehat, peneliti menggambarkan kondisi ini sama seperti hipertensi atau diabetes dimana dapat terjadi pada semua orang yang “sehat” dengan derajat yang rendah (Nurhalimah, 2016; Picchioni & Murray, 2007).

1. Etiologi
2. Keturunan

Penelitian membuktikan bahwa morbiditas bagi saudara tiri 0,9-1,8% bagi saudara kandung 7-15%, bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita Skizofrenia 40-68%, kembar 2 telur 2-15% dan kembar satu telur 61-68% (Nurhalimah, 2016; Picchioni & Murray, 2007).

1. Endokrin

Dopamine yang dapat disebut sebagai neurotransmitter dan hormone menjadi salah satu penyebab skizofrenia. Shijit Kapur, seorang peneliti Kanada menghubungkan disregulasi dopamin dengan pembentukan gejala. Dia menunjukkan bahwa salah satu peran dopamin adalah untuk memberikan "arti-penting" dengan mengubah representasi mental netral menjadi satu dengan kepentingan pribadi yang menarik perhatian kita. Teori ini mengusulkan bahwa, dalam psikosis, dopamin yang berlebihan menambah arti-penting pikiran atau persepsi duniawi dan tidak penting.

1. Faktor lingkungan

Meski etiologi ini masih belum bisa dijelaskan secara jelas tetapi beberapa penelitian menunjukkan hubungan yang kentara antara factor lingkungan dengan skizofrenia, berikut beberapa diantaranya. Pertama orang dengan skizofrenia besar kemungkinan mengalami komplikasi obstetric (kelahiran premature, BBLR, dan perinatal hipoksia), kedua di negara barat orang dengan skizofrenia banyak yang lahir pada akhir musim dingin atau awal musim semi (dikaitkan dengan infeksi virus intrauterine), ketiga cara orang tua mengasuh anak sangat berpengaruh dimana orang tua yang kasar dan selalu melakukan kekerasan rentan membuat anak mengalami skizofrenia (Picchioni & Murray, 2007).

1. Obat obatan

Stimulant seperti kokain dan amphetamine dilaporkan sebagai penyebab skizofrenia yang nyata (Picchioni & Murray, 2007).

1. Tanda dan Gejala

Menurut Eugene Bleuler terdapat 4 gejala fundamental atau primer pada penderita skizofrenia yang terkenal dengan pneumonic 4A yaitu Asosiasi terganggu, Afektif terganggu, Autisme, dan Ambivalensi. Sedangkan gejala sekunder adalah waham/ delusi, halusinasi, dan gejala katatonik (Peralta & Cuesta, 2011). Gejala sekunder berdasarkan berbagai literatur terdiri dari gejala positif dan negative (Nurhalimah, 2016; Picchioni & Murray, 2007).

1. Gejala positif
2. Kurangnya wawasan

Gagal untuk memahami bahwa gejala yang dialami adalah sebuah gangguan

1. Halusinasi

Sebuah persepsi tanpa stimulus nyata. Halusinasi dapat terjadi pada setiap indra, seperti halusinasi pendengaran, halusinasi penglihatan, halusinasi pengecapan, halusinasi penghidu, dan halusinasi sentuhan. Sedangkan halusinasi yang paling sering terjadi adalah pendengaran.

1. Delusi

Keyakinan yang tidak nyata yang dipegang teguh bagaikan kenyataan. Delusi dapat berkembang dengan tema personal, contohnya delusi penganiayaan (merasa diri adalah korban penganiayaan), delusi pasif (merasa pikiran dan tindakan dikendalikan oleh kekuatan eksternal), dan delusi lainnya (dapat berkembang dengan tema apapun, missal seksual, religious, okupasi, dll).

1. Gangguan pikiran

Bermanifestasi sebagai ucapan yang tidak sesuai dengan logika. Ucapan penderita sering menyimpang dan tidak sesuai dengan logika dan kenyataan yang ada. Kondisi ini ditandai dengan pemikiran seperti “kuda pada catur” yaitu pikiran yang berjalan ke arah A lalu berlanjut ke arah B yang tidak ada kaitan di antara keduanya.

1. Gejala negative
2. Penarikan sosial

Menghindari interaksi dari komunitas atau masyarakat sekitarnya. Semakin parah apabila menghindari interaksi dengan keluarga.

1. Pengabaian diri

Tidak menghiraukan apapun yang terjadi pada diri, terutama pada kebutuhan dasarnya sebagai manusia.

1. Kehilangan motivasi dan inisiatif

Penderita menunjukkan gejala penurunan hingga hilangnya keinginan untuk melakukan atau mencapai sesuatu. Kondisi ini diduga berhubungan dengan kerusakan lobus prefrontal pada otak (Salgado-Pineda et al., 2007).

1. Tumpul emosional atau afek tumpul

Kondisi tidak adanya ekspresi simpati atau bahkan ekspresi apapun. Dengan kata lain kondisi ini adalah mati rasa.

1. Kurangnya bicara.

Secara harfiah penderita jarang berbicara meskipun ada rangsangan suara dari wujud yang nyata.

1. Klasifikasi
2. Skizofrenia paranoid

Gejala yang paling mencolok pada skizofrenia jenis ini adalah adanya waham primer, serta waham sekunder dan halusinasi. Pemeriksaan lebih lanjut akan menemukan adanya gangguan proses berpikir, gangguan efek emosi, dan gangguan kemauan.

1. Skizofrenia hebephrenic

Biasanya gejala muncul sejak dini yaitu pada usia 15 – 25 tahun dan secara perlahan – lahan semakin memburuk. Gejala yang mencolok adalah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan, dan adanya depersalinasi atau *double personality*, gangguan identitas diri, gangguan prikomotor (menerims, neulogisme, atau periku kekanak – kanakan), waham dan halusinasi juga sering ditemukan. Sebagai pembeda skizofrenia ini paling sering ditemukan afek datar atau tidak berkelanjutan, perilaku yang tidak jelas tujuannya, dan gangguan pikiran yang menonjol (Picchioni & Murray, 2007).

1. Skizofrenia catatonic

Kondisi ini sering didahului oleh stress emosional, mugnkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik. Gejala ini harus bertahan selama paling tidak 2 minggu (Picchioni & Murray, 2007)..

1. Skizofrenia simple

Kondisi dimana penderita mengalami hilangnya dorongan pribadi yang sangat besar. Penderita menunjukkan gejala negative yang semakin parah. Dilanjutkan dengan penurunan yang sangat kentara dari prestasi sosial, akademik, atau pekerjaan.

1. Skizofrenia residual

Keadaan munculnya gejala primer bleuler (Asosiasi terganggu, Afektif terganggu, Autisme, dan Ambivalensi), tetapi tidak jelas adanya gejala sekunder (gejala positif dan negatif). Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali serangan skizofrenia.

1. Kriteria Diagnostik
2. Memenuhi kriteria umum untuk diagnostic skizofrenia.
3. Tidak memnuhi kriteria untuk diagnosis skizofren paranoid, hebefrenik, atau katatonik.
4. Tidak memenuhi kriteria untuk skizofren residual atau depresi pasca skizofrenia
5. Diagnosis banding

Diagnosis banding dari skizofrenia antara lain:

1. Kesulitan psikologis pada adolesen normal bisa sangat sulit pada murid pemalu, sensitive, dan sangat cerdas.
2. Skizofrenia suntomatik, dalam beberapa keadaan, terutama psikologis yang berhubungan dengan epilepsy lobus temporatis dan adeksi efetamin, gejala mungkin tidak bisa dibedakan dari skizofrenis.
3. Psikosis afektif, seperti psikosis paranoid yang ditimbulkan alkoholisme/gajala awal suatu demensia organic mungkin meniru skizofrenia.
4. Prognosa

Umumnya penderita gangguan yang kronik, hanya 20% yang mengalami episode tunggal skizofrenia selama hidup tanpa adanya relaps. Terapi lebih dari 50% pasien memiliki prognosis buruk dengan episode psikotik yang berulang sehingga harus melakukan pengobatan di rumah masuk rumah sakit berkali – kali, mengalami depresi dan melakukan percobaan bunuh diri, sedangkan 10% pasien lainnya meninggal akibat bunuh diri. Berikut beberapa faktor yang harus diperhatikan dalam menentukan prognosis (Prabowo, 2014):

1. Kepribadian presikotik

Bila schizoid dan hubungan antara manusia memang kurang memuaskan, maka prognosa lebih jelek.

1. Skizofrenia akut

Maka prognosa lebih baik daripada bila penyakit itu mulai secara pelan-pelan.

1. Jenis

Prognosa jenik katatonik yang paling baik dari semua jenis Hebefrensia dan skizofrenia simplex mempunyai prognosa yang sama jelek. Biasanya penderita dengan jenis skizofrenia ini menuju ke arah kemunduran mental.

1. Umur

Makin muda umur permulaannya, makin jelek prognosa.

1. Pengobatan

Makin lekas diberi pengobatan, makin baik prognosanya.

1. Faktor pencetus

Diduga bahwa bila terdapat penyakit organik atau stress spikologik, maka prognosa lebih baik.

1. Faktor keturunan

Prognosa menjadi lebih berat bila di dalam keluarga terdapat seorang atau lebih yang juga menderita skizofrenia.

1. Pengobatan

Pengobatan penderita skizofrenia terbagi menjadi dua macam yaitu psikofarmaka dan terapi psikososial (Nurhalimah, 2016; Picchioni & Murray, 2007; Prabowo, 2014).

1. Psikofarmaka

Obat yang diberikan pada episode awal psikosis adalah obat oral antipsikotik seperti risperidone atau olanzapine. Apabila lebih dari 8 minggu tidak ada perbaikan dan telah dievaluasi maka pengobatan dapat dilanjutkan dengan clozapine. Berikut algoritma pengobatan psikosis:

Pasien sepakat untuk melakukan terapi psikofarmaka

Atau

Jika memungkinkan, segera mulai obat antipsikosis atipikal

Titrasi obat hingga mencapai dosis terkecil yang paling efektif.

Sesuaikan dosis berdaarkan respon dan toleransi pasien

Lakukan pemerikaan hingga 6 – 8 minggu

**Jika respon baik**

Lanjutkan pengobatan pada dosis yang paling efektif.

**Jika respon kurang maksimal**

Ganti obat dan ulangi proses diatas, coba berikan obat antipsikosis tipikal dan atipikal.

**Jika respon buruk**

Dikarenakan toleransi yang buruk maka diskusikan dengan pasien untuk ganti obat.

**Jika respon buruk**

Dikarenakan faktor lain, sarankan terapi psikososial.

Ulangi proses diatas.

Cloazapin

1. Algoritma obat psikosis
2. Terapi psikososial

Beberapa macam metode yang dapat dilakukan antara lain:

1. Psikoterapi individual
2. Terapi suportif
3. *Social skill training*
4. Terapi okupasi
5. Terapi kognitif dan perilaku (CBT)
6. Psikoterapi kelompok
7. Psikoterapi keluarga
8. Terapi resiliensi keluarga
9. Konsep Halusinasi Penglihatan
10. Pengertian

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana penderita mengalami perubahan sensori persepsi: merasakan sensori palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghidu. Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori tentang suatu objek atau gambaran dan pikiran yang sering terjadi tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat meliputi semua sistem penginderaan. Halusinasi hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Penderita memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata (Prabowo, 2014).

Halusinasi adalah salah satu gangguan jiwa di mana penderita mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghinduan. Penderita merasakan stimulus yang sebetulknya tidak ada. Halusinasi adalah persepsi yang tanpa di jumpai adanya rangsangan dari luar, walaupun dampak sebagai sesuatu yang: ”khayal” halusinasi sebenarnya merupakan bagian dari kehidupan mental penderita yang “teresepsi” (Picchioni & Murray, 2007).

Maka dapat disimpulkan halusinasi adalah persepsi seseorang yang salah dalam merespon stimulus menggunakan panca indra terhadap lingkungan. Seorang yang mengalami halusinasi menganggap rangsangan yang tidak ada adalah suatu kenyataan. Rangsangan yang tidak nyata dianggap sebagai suatu kenyataan yang ada. Penderita kesulitan untuk membedakan antara rangsangan yang nyata dan tidak sehingga mempengaruhi aktivitas dan kepribadiannya.

1. Etiologi
2. Faktor predisposisi (Chaudhury, 2010; Nurhalimah, 2016; Pienkos et al., 2019)
3. Faktor perkembangan

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

1. Faktor sisiokultural

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

1. Faktor biologis

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

1. Faktor psikologis

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

1. Faktor sosial budaya

Penderita mengalami interaksi sosial dalam fase awal dan comforting, penderita meganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Penderita asyik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dakam dunia nyata.

1. Faktor presipitasi (Chaudhury, 2010; Nurhalimah, 2016; Pienkos et al., 2019)
2. Dimensi fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaaan 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 halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Penderita tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut penderita berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

1. Dimensi intelektual

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

1. Dimensi sosial

Penderita mengalami interaksi sosial dalam fase awal dan comforting, penderita meganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Penderita asyik dengan Halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dakam dunia nyata.

1. Dimensi spiritual

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

1. Tanda dan Gejala

Tanda gejala yang khas adalah penderita merespon stimulus yang tidak nyata. Berikut deskripsi tanda dan gejala gangguan halusinasi secara rinci (Chaudhury, 2010; Nurhalimah, 2016; Pienkos et al., 2019):

1. Menarik diri dari orang lain, dan berusaha untuk menghindar diri dari orang lain
2. Tersenyum sendiri, tertawa sendiri
3. Duduk terpukau (berkhayal)
4. Bicara sendiri
5. Memandang satu arah, menggerakan bibir tanpa suara, penggerakan mata yang cepat, dan respon verbal yang lambat
6. Menyerang, sulit berhubungan dengan orang lain
7. Tiba-tiba marah, curiga, bermusuhan, merusak (diri sendiri, orang lain dan lingkungan) takut
8. Gelisah, ekspresi muka tegang, mudah tersinggung, jengkel,
9. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah
10. Klasifikasi

Halusinasi dibedakan berdasarkan indera apa yang mengalami gangguan. Serta terdapat beberapa halusinasi tambahan yang khas (Chaudhury, 2010; Nurhalimah, 2016; Pienkos et al., 2019).

1. Halusinasi pendengaran (auditorik) 70 %

Karakteristik ditandai dengan mendengar suara, teruatama suara –suara orang, biasanya klien mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

1. Halusinasi penglihatan(visual) 20 %

Karakteristik dengan adanya stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambaran geometrik, gambar kartun dan / atau panorama yang luas dan kompleks. Penglihatan bisa menyenangkan atau menakutkan.

1. Halusinasi penghidu (olfactory)

Karakteristik ditandai dengan adanya bau busuk, amis dan bau yang menjijikkan seperti: darah, urine atau feses. Kadang – kadang terhidu bau harum. Biasanya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang dan dementia.

1. Halusinasi peraba (tactile)

Karakteristik ditandai dengan adanya rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat. Contoh: merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

1. Halusinasi pengecap (gustatory)

Karakteristik ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis dan menjijikkan, merasa mengecap rasa seperti rasa darah, urin atau feses.

1. Halusinasi cenesthetik

Karakteristik ditandai dengan merasakan fungsi tubuh seperti darah mengalir melalui vena atau arteri, makanan dicerna atau pembentukan urine.

1. Halusinasi kinesthetic

Merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak

1. Psikopatologi

Psikopatologi dari halusinasi yang belum di ketahui secara pasti. Banyak teori yang di ajukan yang menekankan pentingnya faktor- faktor psikologik, fisiologik dan lain-lain Beberapa peneliti mengatakan bahwa situasi keamanan di otak normal dibombardir oleh aliran stimulus yang berasal dari tubuh, jika masukan akan terganggu atau tidak ada sama sekali saat bertemu dalam keadaan normal atau patologis, materi berada yang ada di alam prasadar dapat unconsicious atau dilepaskan dalam bentuk halusinasi, pendapat lain mengatakan bahwa halusinasi di mulai dengan keinginan yang direpresi ke unconsicious dan kemudian karenas kepribadian rusak dan kerusakan pada realitas tingkat kekuatan keinginan sebelumnya di proyeksikan keluar dalam bentuk stimulus eksternal (Chaudhury, 2010; Nurhalimah, 2016; Pienkos et al., 2019).

1. Tahap Halusinasi

Tahap halusinasi terdiri dari lima tahap mulai dari tahap 1 *comforting* hingga tahap 3 *controlling*

1. Tahap 1 *– Comforting*

Juga disebut sebagai tahap menghibur, seseorang mungkin mulai mengalami rasa cemas, kesepian atau rasa bersalah yang dapat menyebabkan mereka fokus secara obsesif pada pikiran yang akan menghilangkan perasaan itu. Namun, penderita menyadari bahwa pikirannya adalah milik mereka sendiri dan menemukan bahwa mereka dapat mengendalikannya.

1. Tahap 2 *– Condemning*

Halusinasi tahap 2 disebut juga tahap penghukuman. Kecemasan dirasakan pada tingkat yang lebih besar daripada di tahap 1 dan penderita sengaja bersiap untuk mendengarkan halusinasi. Mereka mungkin menjadi tidak dapat mengenali bahwa halusinasi itu tidak nyata dan mulai mengalami penderitaan dan teror yang ekstrim. Orang tersebut mungkin juga mulai takut bahwa orang lain dapat mendengar suara-suara tersebut dan karena itu menghindari situasi sosial. Mereka mungkin juga mulai mencari cara untuk menghindari halusinasi. Rentang perhatian yang menurun dan peningkatan tekanan darah, denyut jantung, dan laju pernapasan adalah ciri-ciri halusinasi tahap 2.

1. Tahap 3 *– Controlling*

Disebut juga fase pengontrolan, di sini penderita mulai mengalami kecemasan pada tingkat panik. Suara yang mereka dengar mungkin mulai membuat perintah dan menjadi ancaman jika perintah tidak diikuti. Pada tahap ini, halusinasi dapat berlangsung selama berjam-jam atau berhari-hari jika pasien tidak diobati dan mereka mungkin mulai merasa ingin bunuh diri atau melakukan kekerasan.

* 1. **Konsep Asuhan Keperawatan** 
     1. Pengkajian

Pengkajian adalah proses untuk tahap awal dan dasar utama dari proes keperawatan terdiri drai pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah pasien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Pengelompokkan data pengkajian kesehatan jiwa, dapat berupa faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber koping, dan kemampuan yang dimiliki

* 1. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamain, tanggal pengkajian, tanggal dirawat.

* 1. Alasan masuk

Alasan pasien datang, biasanya pasien sering berbicara sendiri, mendengar atau melihat sesuatu, suka berjalan tanpa tujuan, membanting peralatan dirumah, menarik diri

* 1. Faktor presdiposisi
     1. Biasanya pasien pernah mengalami gangguan jiwa dan kurang berhasil dalam pengobatan
     2. Pernah mengalami aniaya fisik, penolakan dan kekerasan dalam keluarga
     3. Pasien dengan gangguan orientasi besifat herediter
     4. Pernah mengalami trauma masa lalu yang sangat menganggu
  2. Faktor Presipitasi

Stresor presipitasi pada pasien dengan halusinasi ditemukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakt kronis atau kelaina stuktur otak, kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan dalam keluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan pasien serta konflik antar masyarakat.

* 1. Psikososial
     1. Genogram

Pada genogram biasanya terlihat ada anggota keluarga yang mengalami kelainan jiwa, pola komunikasi pasien terganggu begitupun dengan pengambilan keputusan dan pola asuh.

* + 1. Konsep diri

Gambaran diri pasien biasanya mengeluh dengan keadaan tubuhnya, ada bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai, identifikasi diri : pasien biasanya mampu menilai identitasnya, peran diri pasien menyadari peran sebelum sakit, saat dirawat peran pasien terganggu, ideal diri tidak menilai diri, harga diri pasien memilki harga diri yang rendah sehubungan dengan sakitnya.

* + 1. Hubungan sosial : pasien kurang dihargai di lingkungan dan keluarga.
    2. Spiritual Nilai dan keyakinan biasanya pasien dengan sakit jiwa dipandang tidak sesuai dengan agama dan budaya, kegiatan ibadah pasien biasanya menjalankan ibadah di rumah sebelumnya, saat sakit ibadah terganggu atau sangat berlebihan.
  1. Analisa Data

Kemudian data yang di peroleh dapat di kelompokkan menjadi dua macam sebagai berikut:

* + 1. Data objektif

Data yang di temukan secara nyata, data ini di dapatkan melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat,

* + 1. Data subjektif

Data yang di sampaikan secara lisan oleh klien dan keluarga. Data ini di peroleh melalui wawancara perawat kepada klien dan keluarga, data yang langsung di dapat oleh perawat di sebut sebagai data primer, dan data yang di ambil dari hasil catatan tim kesehatan lain sebagai data sekunder.

* 1. Pohon Masalah

Berikut contoh pohon masalah pada penderita halusinasi (Nurhalimah, 2016; Prabowo, 2014).

Resiko mencederai diri, orang lain, dan lingkungan

Perubahan sensori persepsi: halusinasi

Isolasi sosial: menarik diri

Koping individu inefektif

Stress berlebihan

Efek

Core

Causa

1. Pohon masalah gangguan persepsi sensori: Halusinasi
   * 1. Diagnosa Keperawatan

Menurut Damaiyanti & Iskandar (2012) diagnosis keperawatan klien yang muncul klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi adalah sebagai berikut : Gangguan persepsi sensori : halusinasi berhubungan dengan isolasi sosial (menarik diri)

* + 1. Rencana Keperawatan

1. Gangguan persepsi sensori halusinasi b/d isolasi sosial (menarik diri)
2. TUM: Klien tidak mengalami gangguan persepsi sensori (halusinasi) selama dalam perawatan.
3. TUK :
4. Klien dapat membina hubungan saling percaya
5. Klien dapat mengenali halusinasinya
6. Klien dapat mengontrol halusinasinya
7. klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi
8. Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik
9. Kriteria Hasil
10. Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang di hadapi.
11. Klien dapat menyebutkan waktu,isi, frekuensi timbulnya halusinasi
12. Klien dapat menyebutkan tindakan yang biasa dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya
13. keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan kegiatan untuk mengendalikan halusinasi
14. Klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat.
15. Intervensi Keperawatan
16. Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik.
17. Adakah kontak sering dan singkat secara bertahap
18. Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya, bicara dan tertawa tanpa stimulus, memandang kekiri/kekanan atau kedepan seolah-olah ada teman bicara
19. Bantu klien mengenali halusinasinya
20. Identifikasi bersama untuk klien cara tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi
21. Diskusikan manfaat cara yang dilakukan klien
    1. **Konsep Komunikasi Terapeutik** 
       1. Pengertian

Istilah komunikasi berasal dari bahasa latin yakni communicatio yang artinya pemberitahuan atau pertukaran ide. Pemberitahuan atau pertukaran ide dalam suatu proses komunikasi akan ada pembicara yang menyampaikan pernyataan ataupun pertanyaan yang dengan harapan akan ada timbal balik atau jawaban dari pendengarnya(Iis, 2015).

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Sedangkan menurut Stuart & Sundeen komunikasi terapeutik merupakan cara untuk membina hubungan yang terapeutik dimana terjadi penyampaian informasi dan pertukaran perasaan dan pikiran dengan maksud untuk mempengaruhi orang lain. Komunikasi terapeutik juga dapat dipersepsikan sebagai proses interaksi antara klien dan perawat yang membantu klien mengatasi stress sementara untuk hidup harmonis dengan orang lain, menyesuaikan dengan sesuatu yang tidak dapat diubah dan mengatasi hambatan psikologis yang menghalangi realisasi diri(Ii, 2015)

Komunikasi terapeutik bertujuan untuk mengembangkan

segala yang ada dalam fikiran dan diri pasien ke arah yang lebih positif yang nantinya akan dapat mengurangi beban perasaan pasien dalam menghadapi maupun mengambil tindakan tentang kesehatannya. Tujuan lain dari komunikasi terapeutik adalah (Suryani,2015): Realisasi diri, penerimaan diri dan peningkatan penghormatan terhadap diri,Kemampuan membina hubungan interpersonal yang tidak superfisial dan saling bergantung dengan orang lain,Meningkatkan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan pasien serta mencapai tujuan yang realistik, Menjaga harga diri dan Hubungan saling percaya

* + 1. Jenis Komunikasi

Jenis komunikasi terdiri dari verbal dan non verbal yang dimanifestasikan secara terapeutik(Ati et al., 2019)

1. Komunikasi verbal

Komunikasi yang menggunakan kata – kata mencakupkomunikasi bahasa terbanyak dan terpenting yang digunakan dalam berkomunikasi. Hal ini disebabkan karena bahan dapat mewakili kenyataan kongkrit. Keuntungan komunikasi verbal dalam tatap muka yaitu memungkinkan tiap individu untuk beberapa secara langsung. Komunikasi verbal yang efektif harus:

1. Jelas dan ringkas. Komunikasi yang efektif harus sederhana, pendek dan langsung. Penerimaan pesan perlu mengetahui apa, mengapa, bagaimana, kapan, siapa, dan dimana. Ringkas dengan menggunakan kata-kata yang mengekspresikan ide secara sederhana
2. Mudah dipahami. Komunikasitidak akan berhasil, jika pengirim pesan tidak mampu menerjemahkan kata atau ucapan. Istilah-istilah teknis yang digunakan dalam keperawatan dan kedokteran, dan jika ini digunakan oleh perawat, klien dapat menjadi bingun dan tidak mampu mengikuti petunjuk atau mempelajari informasi penting
3. Denotatif dan konotatif. Denotatif ialah memberikan pengertian yang sama terhadap kata yang digunakan, sedangkan arti konotatif merupakan pikiran, perasaan atau ide yang terdapat dalam suatu kata. Kata serius dipahami klien sebagai suatu kondisi mendekati kematian, tetapi perawat akan menggunakan kata kritis untuk menjelaskan keadaan yang mendekati kematian
4. Selaan dan kesempatan berbicara. Kecepatan dan tempo bicara yang tepat turut menentukan keberhasilan komunikasi verbal. Selaan yang lama dan pengalihan yang cepat pada pokok pembicaraan lain mungkin akan menimbulkan kesan bahwa perawat sedang menyembunyikan sesuatu terhadap klien. Perawat sebaiknya tidak berbicara dengan cepat sehingga kata – kata tidak jelas. Selaan perlu digunakan untuk menekankan pada hal tertentu, memberi waktu kepada pendengar untuk mendengarkan dan memahami arti kata
5. Komunikasi non Verbal

Komunikasi non verbal adalah pemindahan pesan tanpa menggunakan kata-kata. Cara yang paling meyakinkan untuk menyampaikan pesan kepada orang lain. Perawat perlu menyadari pesan verbal dan non verbal yang disampaikan klien mulai dari saat saat pengkajian sampai evaluasi asuhan keperawatan, karena isyarat non verbal menambah arti terhadap pesan verbal. Perawat yang mendeteksi suatu kondisi dan menentukan kebutuhan asuhan keperawatan

* + 1. Prinsip komunikasi Terapeutik

Prinsip-prinsip komunikasi terapeutik yang harus diterapkan agarmendapatkan atau mencapai hasil yang memuaskan yaitu dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut(Ati et al., 2019):

1. Menjadikan klien sebagai fokus utama dalam interaksi
2. Mengkaji kualitas intelektual untuk menentukan pemahaman
3. Mempergunakan sikap membuka diri hanya untuk tujuan terapeutik
4. Menerapkan profesional dalam mengatur hubungan terapeutik
5. Menghindari hubungan sosial dengan klien
   * 1. Tahapan komukasi Terapeutik

Tahapan dalam komunikasi terapeutik adalah(Ati et al., 2019):

1. Fase preinteraksi. Pre interaksi dimulai sebelum kontak pertama dengan klien. Perawat mengumpulkan data tentang klien, mengeksplorasi perasaan, kekuatan diri dan membuat rencana pertemuan dengan klien
2. Fase orientasi. Pada tahap orientasi, perawat dapat mengucapkan salam saat menemui pasien, memperkenalkan dirinya, membuat kontak awal dengan pasien, menanyakan kabar pasien sebelum operasi, menunjukkan sikap siap membantu dan tidak memaksa pasien untuk bercerita keadaannya pada perawat
3. Kerja. Pada fase kerja perawat menggunakan komunikasi dua arah, menanggapi keluhan pasien dengan serius, bersikap jujur kepada pasien, menepati janji yang telah diberikan, menciptakan suasana lingkungan yang nyaman sehingga mendukung terjadinya komunikasi yang efektif, mengulang pertanyaan dengan lebih jelas jika pasien belum mengerti tentang pertanyaan yang disampaikan perawat, jangan mendesak pasien untuk segera menjawab pertanyaan yang diajukan, jangan memotong di tengah-tengah pembicaraan pasien, dan jangan membandingkan dengan pasien lain
4. Fase terminasi. Perawat dapat mengucapkan salam perpisahan, membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya, memberikan pendidikan kesehatan post operasi, mengevaluasi respon pasien terhadap komunikasi yang telah disampaikan dan meninggalakan petunjuk cara menghubungi pasien
   1. **Konsep Stress dan Adaptasi**
      1. Konsep Stres
5. Pengertian

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(Lina, 2011). Faktor yang menimbulkan stres dapat berasal dari sumber internal maupun eksternal, yaitu

* + 1. Internal merupakan faktor stres yang bersumber dari diri sendiri. Stresor individual dapat muncul dari pekerjaan, ketidak puasan dengan kondisi fisik tubuh, penyakit yang dialami, pubertas, dan sebagainya.
    2. Eksterna merupakan faktor stres yang bersumber dari dari keluarga, masyarakat dan lingkungan.

1. Klasifikasi Stres

Stuart dan Sundeen mengklasifikasikan tingkat stres, yaitu(Stresa & Stuart, 2019):

* + - 1. Stres ringan Pada tingkat stres ini sering terjadi pada kehidupan sehari-hari dan kondisi ini dapat membantu individu menjadi waspada dan bagaimana mencegah berbagai kemungkinan yang akan terjadi.
      2. Stres Sedang Pada stres tingkat ini individu lebih memfokuskan hal penting saat ini dan mengesampingkan yang lain sehingga mempersempit lahan persepsinya.
      3. Stres berat Pada tingkat ini lahan persepsi individu sangat menurun dan cenderung memusatkan perhatian pada hal-hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi stres. Individu tersebut mencoba memusatkan perhatian pada lahan lain dan memerlukan banyak pengarahan

1. Sumber stres

Sumber stres adalah semua kondisi stimulasi yang berbahaya dan menghasilkan reaksi stres, misalnya jumlah semua respons fisiologis nonspesifik yang menyebabkan kerusakan dalam sistem biologis. Stres reaction acute (reaksi stres akut) adalah gangguan sementara yang muncul pada seorang individu tanpa adanya gangguan mental lain yang jelas, terjadi akibat stres fisik dan atau mental yang sangat berat, biasanya mereda dalam beberapa jam atau hari. Kerentanan dan kemampuan koping (coping capacity) seseorang memainkan peranan dalam terjadinya reaksi stres akut dan keparahannya(Sarfika et al., n.d 2019.)

Frustasi timbul akibat kegagalan dalam mencapai tujuan karena ada aral melintang, misalnya apabila ada mahasiswa yang gagal dalam mengikuti ujian osca dan tidak lulus. Frustasi ada yang bersifat intrinsik (cacat badan dan kegagalan usaha) dan ekstrinsik (kecelakaan, bencana alam, kematian orang yang dicintai, kegoncangan ekonomi, pengangguran, perselingkuhan, dan lain-lain) (Stresa & Stuart, 2019).

Konflik timbul karena tidak bisa memilih antara dua atau lebih macam-macam keinginan, kebutuhan atau tujuan. Ada 3 jenis konflik, yaitu (Sunaryo, 2015):

1. Approach-approach conflict, terjadi apabila individu harus memilih satu diantara dua alternatif yang sama-sama disukai, misalnya saja seseorang yang sulit menentukan keputusan diantara dua pilihan karir yang sama-sama diinginkan. Stres muncul akibat hilangnya kesempatan untuk menikmati alternatif yang tidak diambil. Jenis konflik ini biasanya sangat mudah dan cepat diselesaikan.
2. Avoidance-avoidance conflict, terjadi bila individu dihadapkan pada dua pilihan yang sama-sama tidak disenangi, misalnya wanita muda yang hamil diluar pernikahan, di satu sisi ia tidak ingin aborsi tapi disisi lain ia belum mampu secara mental dan finansial untuk membesarkan anaknya nanti. Konflik jenis ini lebih sulit diputuskan dan memerlukan lebih banyak tenaga dan waktu untuk menyelesaikannya karena masing-masing alternatif memiliki konsekuensi yang tidak menyenangkan
3. Approach-avoidance conflict, merupakan situasi dimana individu merasa tertarik sekaligus tidak menyukai atau ingin menghindar dari seseorang atau suatu objek yang sama, misalnya seseorang yang berniat berhenti merokok, karena khawatir merusak kesehatannya tetapi ia tidak dapat membayangkan sisa hidupnya kelak tanpa rokok
4. Respon psikologis terhadap stress

Reaksi psikologis terhadap stres dapat meliputi (Sarfika et al., n.d.2019):

1. Kognitif

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

1. Emosi

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

1. Perilaku Sosial

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

1. Reaksi psikologis terhadap stress
2. Kecemasan

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

1. Kemarahan dan agresi

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

1. Depresi

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

* + 1. Konsep Adaptasi

1. Pengertian

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 (Stresa & Stuart, 2019).

1. Adaptasi fisiologis: Menurut Hidayat (2008) adaptasi fisiologis merupakan proses penyesuaian tubuh srcara alamiah atau secara fisiologis untuk mempertahankan keseimbangan dari berbagai faktor yang menimbulkan atau mempengaruhi keadaan menjadi tidak seimbangan.
2. Adaptasi Psikologis merupakan suatu proses penyesuaian secara psikologis akibat adanya stresor, dengan cara memberikan mekanisme pertahanan diri dengan harapan dapat melindungi dan bertahan dari serangan yang tidak menyenangkan.
3. Adaptasi perkembangan

Pada setiap tahap, seseorang biasanya menghadapi tugas perkembangan dengan menunjukkkan karekteristik perilaku dari tahap perkembangan dengan menunjukkan karekteristik perilaku dari tahap perkembangan tersebut. Stres yang berkepanjangan dapat menganggu atau menghambat kelancaran menyelesaikan tahap perkembangan dalam bentuk yang ekstrem, stres yang berkepanjangan dapat mengarah pada krisis pendewasaan kritik.

1. Tujuan Adaptasi
2. Menghadapi tuntutan keadaan secara sadar.
3. Menghadapi tuntutan keadaan secara realistik
4. Menghadapi tuntutan keadaan secara obyektif
5. Menghadapi tuntutan keadaan secara rasional(Sarfika et al., n.d.2019)
6. Macam-macam Adaptasi
7. Adaptasi Fisiologis

Adaptasi Fisiologis Adalah proses dimana respon tubuh terhadap stresor untuk mempertahankan fungsi kehidupan, dirangsang oleh faktor eksternal dan internal, respons dapat dari sebagian tubuh atau seluruh tubuh serta setiap tahap perkembangan punya stresor tertentu. Mekanisme fisiologis adaptasi berfungsi melalui umpan balik negatif, yaitu suatu proses dimana mekanisme kontrol merasakan suatu keadaan abnormal seperti penurunan suhu tubuh dan membuat suatu respons adaptif seperti mulai mengigil untuk membangkitkan panas tubuh

1. Adaptasi Psikologis

Perilaku adaptasi psikologi membantu kemampuan seseorang untuk menghadapi stresor, diarahkan pada penatalaksanaan stres dan didapatkan melalui pembelajaran dan pengalaman sejalan dengan pengidentifikasian perilaku yang dapat diterima dan berhasil. Perilaku adaptasi psikologi dapat konstruktif atau destruktif. Perilaku konstruktif membantu individu menerima tantangan untuk menyelesaikan konflik. Perilaku destruktif mempengaruhi orientasi realitas, kemampuan pemecahan masalah, kepribadian dan situasi yang sangat berat, kemampuan untuk berfungsi.

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

1. Adaptasi perkembangan

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

1. Adaptasi sosial budaya

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

1. Adaptasi spiritual

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

BAB 3  
TINJAUAN KASUS

1. Pengkajian
2. Indentitas Klien

Nama : Ny. T.

Jenis Kelamin : Perempuan

TTL : Kupang, 25 juli 1986

Alamat : Kupang

Umur : 35 Tahun

Pendidikan : SMA

Informan : Keluarga/ ibu

Tanggal Pengakajian : 26 Oktober 2020

1. Keluhan Utama

Pasien mengalami gangguan tidur, berbicara sendiri sehingga diantar oleh seorang Rohaniwan katolik tempat ia bekerja ke Rumah Sakit Jiwa Naimata. Pasien mengatakan pasien melihat bayangan hitam berwujud orang terlihat pada waktu pagi, sore, malam pukul: 19.00, bayangan muncul pada saat pasien sendiri maupun bersama banyak orang, dan pada saat pasien melihat bayangan tersebut pasien merasa takut dan ada rasa ingin marah pada bayangan tersebut karena selalu mengganggunya, pasien tidak pernah dirawat dirumah sakit, Pasien mengatakan pernah mengalami trauma pada masa lalu yaitu pasien terjatuh saat memikul ember air, pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Masalah Keperawatan:

* + 1. **Gangguan persepsi sensori: Halusinasi penglihatan**
    2. **Isolasi sosial**

1. Pemeriksaan fisik
2. Tanda-tanda Vital:

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 78X/menit

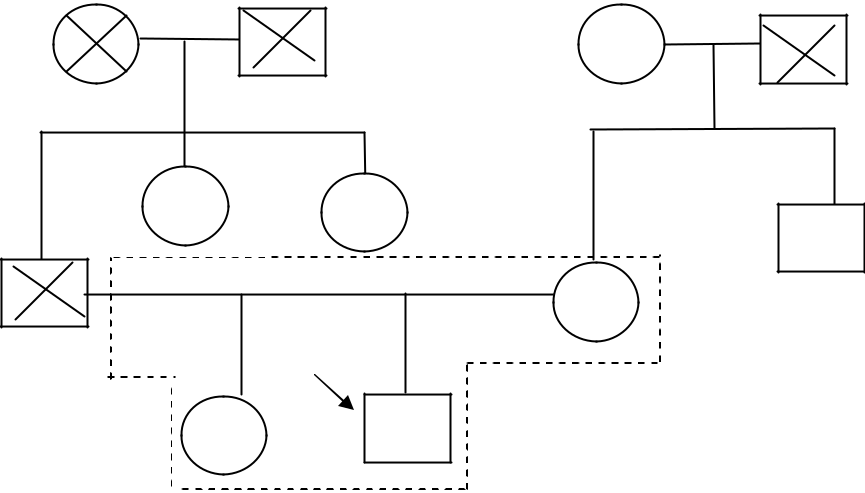
Suhu : 36,4°C

Pernapasan : 18X/menit

1. Antopometri

Berat Badan : 42 kg

Tinggi Badan : 156 cm

1. Genogram

57

38 36

Keterangan:

: Laki- laki



: Perempuan

: Keturunan

: Tinggal serumah



: Menikah

: Klien



: Meninggal



1. Konsep diri
2. Gambaran diri

Pasien mengatakan pasien menyukai semua anggota tubuh pasien

1. Identitas diri

Klien mampu menyebutkan identitasnya dengan baik seperti nama, alamat rumah, dan tanggal lahir.

1. Peran

Sebagai ibu asrama pasien dapat menjalankan tugasnya mengawasi penghuni asrama.

1. Aktualisasi diri

Pasien mengatakan dulu pasien ingin melanjutkan sekolah ketahap Perguruan Tinggi tapi karena masalah ekonomi pasien tidak bisa melanjutkannya, pasien mengatakan pasien ingin sembuh seperti sediakala

1. Harga diri

Pasien mengatakan pasien tidak malu dengan sakitnya sekarang.

1. Hubungan sosial
2. Orang yang berarti/orang yang terdekat menurut klien adalah kedua orangtuanya.
3. Peran serta dalam kelompok / masyarakat

Pasien jarang berinteraksi dengan teman-temannya karena pasien lebih suka menyendiri

1. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Klien mengatakan jarang berhubungan dan bersosialisasi dengan lingkungan sekitar

Masalah keperawatan: **Isolasi sosial.**

1. Spiritual
2. Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan pasien beragama kristen Protestan

1. Kegiatan ibadah

Sebelum sakit pasien mengatakan pasien mengikuti kegiatan ibadat rumah tangga yaitu setiap hari senin, rabu dan jumat setiap jam 19-20 wita

1. Status mental
2. Penampilan

Klien berpenampilan rapi, rambut rapi disisir, pakaiannya bersih serta klien mandiri dalam berpenampilan serta mandi 2x sehari.

Masalah keperawatan: **tidak ada masalah keperawatan.**

1. Pembicaraan

Klien menjawab setiap pertanyaan sesuai dengan apa yang di tanyakan. Kontak mata baik terkadang klien menatap pada satu arah.

1. Aktifitas motoric

Klien tampak lesu, dan gelisah klien hanya berinteraksi seperlunya.

Masalah keperawatan: **Gangguan persepsi sensori: Halusinasi.**

1. Alam perasaan

Ketakutan, pasien mengatakan pasien merasa takut jika melihat bayangan hitam

1. Afek

Afek datar, pasien berbicara saat ditanya saja dan menjawab dengan singkat pertanyaan yang yang diberikan

1. Interaksi selama wawancara

Saat melakukan pengkajian pasien respons dengan baik dan menjawab semua pertanyaan dengan ingat, kontak mata kurang

1. Persepsi halusinasi

Pasien mengatakan pasien melihat bayangan hitam berwujud orang pada waktu pagi, sore, malam pukul: 19.00, bayangan muncul pada saat pasien sendiri maupun bersama banyak orang, dan ada saat pasien melihat bayangan tersebut pasien mengatakan pasien merasa takut dan ada rasa ingin marah pada bayangan tersebut karena selalu mengganggunya

Masalah keperawatan: **Gangguan persepsi sensori: Halusinasi penglihatan**

1. Proses pikir

Saat pengkajian dengan klien, klien terdiam sesaat seperti sedang memikirkan sesuatu kemudian melanjutkan pembicaraan kembali.

Masalah keperawatan: **Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran.**

1. Isi pikir

Pasien merasa takut jika melihat bayangan Hitam

1. Tingkat kesadaran

Pada saat pengkajian klien dapat menggingat tanggal bulan dan tahun serta alamat rumah, dan juga masih mengingat nama keluarga serta teman-teman dekatnya.

1. Memori

Pasien tampak bingung pada saat ditanya tapi lama kelamaan pasien bisa menjelaskannya lagi.

1. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien mampu menjawab saat ditanyakan hari, tanggal, dan pasien mampu berhitung 20 – 5.

1. Kemampuan penilaian

Klien dapat mengambil keputusan sendiri, terkadang klien meminta saran kepada ibunya.

Masalah keperawatan: **tidak ada masalah keperawatan**

1. Daya tilik diri

Pasien tidak pernah mengingkari penyakit yang dideritanya sekarang.

1. Mekanisme koping

Klien mengatakan jika klien sediri dan bayangan muncul, klien langsung minum obat, dan tidak menghiraukannya (Adaptif). Klien mengatakan jika melihat bayangan, klien menghindar dan terkadang berteriak (Maladiptif).

Masalah keperawatan: **Perubahan persepsi sensori: Halusinasi pengelihatan**

1. Masalah Psikososial dan Lingkungan
2. Masalah berhubungan dengan lingkungan sepesifik

Klien mengatakan tidak pernah berhubungan dengan kelompok masyarakat tertentu.

1. Masalah berhubungan dengan pendidikan

Klien mengatakan tidak lulus kuliah karena tidak dapat menyelesaikan sekeripsinya.

1. Masalah berhubungan dengan pekerjaan

Klien mengetakan tidak memiliki pekerjaan dan hanya membantu orang tuanya berdagang.

1. Masalah berhubungan dengan pelayanan kesehatan

Klien mengatakan rajin berobat ke dokter untuk mengambil obat dan kontrol.

1. Kurang Pengetahuan

Klien mengetahui bahwa dirinya mengalami gangguan jiwa, tetapi klien belum mengatahui cara-cara untuk mengontrol halusinasi dengan benar

Masalah keperawatan: **tidak ada masalah keperawatan.**

1. Aspek Medis
2. Diagnosa Medis: Skizofrenia
3. Terapi Medik

Chlorponazine 100 mg: 1 x 1 tablet/ hari

Trihezxyphenidil 2 Mg: 2 x 1 tablet/ hari

Halloperidol 5 Mg: 2 x 1 tablet/ hari

1. Daftar Masalah Keperawatan
2. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi penglihatan
3. Isolasi social
4. Resiko perilaku kekerasan
5. Koping individu tidak efektif
6. Deficit pengetahuan
7. Diagnosis Keperawatan
8. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi penglihatan (D.0085)
9. Analisa Data

|  |  |
| --- | --- |
| Nama : Ny. T  Ruangan : …………. | No. RM : …..  Tgl MRS : ….. |

1. Analisa data

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Data | | Masalah | TTD |
|  |  |  |  |  |
| *1* | *2* | | *3* | *4* |
| 1 | Data subjektif :   * Pasien mengatakan pasien melihat bayangan hitam berwujud orang * Klien mengatakan merasa sangat terganggu dengan adanya bayangan bisikan   Data objektif :   * Klien tampak melamun menatap ke luar jendela * Klien tampak menyendiri di kamar | | Halusinasi pengelihatan  (D.0095) |  |
| 2 | Data subjektif :   * Klien mengatakan tidak mau berkomunikasi dengan lingkungan karena   Data objektif :   * Klien menyendiri * Klien mengurung diri | | Isolasi social  (D.0121) |  |
| 3 | Data Subjektif:   * Klien mengatakan bahwa melihat bayangan hitam mendekatinya.   Data Objektif :   * Klien tampak gelisah * Klien tampak menyendiri | | Resiko perilaku kekerasan  (D.0146) |  |
| 4 | Data subjektif:   * Klien mengatakan bahwa merasa takut dan ada rasa ingin marah ketika ada bayangan hitam mendekatinya   Data Objektif:   * Klien tampak marah | | Koping tidak efektif  (D.0096) |  |
| 5 | Data subjektif :   * Klien mengatakan bahwa belum mengetahui cara-cara mengontrol halusinasi dengan benar   Data Objektif   * Klien tampak bingung * Klien tampak bertanya. | | Defisit pengetahuan  (D.0111) |  |

**Pohon Masalah**

Resiko perilaku kekerasan

Perubahan sensori persepsi: halusinasi

Isolasi sosial: menarik diri

Koping individu inefektif

Deficit pengetahuan

Efek

Core

Causa

1. Pohon Masalah
2. Perencanaan Tindakan Keperawatan

**Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa**

**Pada Klien dengan Diagnosa Keperawatan**

**Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Penglihatan (D.0085)** (PPNI, 2017, 2018, 2019)

|  |  |
| --- | --- |
| Nama klien : Ny T | Diagnosa medis : *Skizofrenia* |
| No. Rek. Med : - | Alamat : Tanjung Aman |

1. Rencana intervensi Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Penglihatan (D.0085)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Diagnosis Keperawatan** | **Tujuan** | **Intervensi** | **Rasional** |
| Gangguan persepsi sensori : Halusiansi Pendengaran dan penglihatan | 1. Kognitif, klien mampu :    1. Menyebutkan penyebab halusinasi    2. Menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan: Jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan dan respon    3. Menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi    4. Menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi    5. Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi 2. Psikomotor, klien mampu:    1. Melawan halusinasi dengan menghardik    2. Mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek    3. Mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu bercakap-cakap dan melakukan aktivitas    4. Minum obat dengan prinsip 8 benar, yaitu benar nama, benar obat, benar manfaat, benar dosis, benar frekuensi, benar cara, benar tanggal kadaluwarsa dan benar dokumentasi 3. Afektif    1. Merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi    2. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan. | **Tindakan pada klien:**   1. Pengkajian: Kaji tanda dan gejala halusinasi, penyebab dan kemampuan klien mengatasinya. Jika ada halusinasi katakan anda percaya, tetapi anda sendiri tidak mendengar /melihat/ menghidu/merasakan. 2. Diagnosis: jelaskan proses terjadinya halusinasi 3. Tindakan keperawatan:    1. Tidak mendukung dan tidak membantah halusinasi klien    2. Latih klien melawan halusinasi dengan menghardik    3. Latih klien mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek.    4. Latih klien mengalihkan halusinasi dengan bercakap-cakap dan melakukan kegiatan secara teratur    5. Latih klien minum obat dengan prinsip 8 benar yaitu benar nama, benar obat, benar manfaat, benar dosis, benar frekuensi, benar cara, benar tanggal kadaluwarsa dan benar dokumentasi.    6. Diskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengendalikan halusinasi    7. Berikan pujian pada klien saat mampu mempraktekkan latihan mengendalikan halusinasi   **Tindakan pada keluarga:**   1. Kaji masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien 2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, serta proses terjadinya halusinasi yang dialami klien 3. Diskusikan cara merawat halusinasi dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi klien 4. Melatih keluarga cara merawat halusinasi:    * + 1. Menghindari situasi yang menyebabkan halusinasi        2. Membimbing klien melakukan latihan cara mengendalikan halusinasi sesuai dengan yang dilatih perawat kepada klien        3. Memberi pujian atas keberhasilan klien 5. Melibatkan seluruh anggota keluarga untuk bercakap-cakap secara bergantian 6. Menjelaskan tanda dan gejala halusinasi yang memerlukan rujukan segera yaitu isi halusinasi yang memerintahkan kekerasan , serta melakukan follow up ke pelayanan kesehatan secara teratur. | * + 1. Untuk menentukan mekanisme koping dan tindak lanjut keperawatan     2. Memudahkan klien mengidentifikasi tanda dan gejala halusinasi     3. Mendengarkan asumsi klien     4. Memberi distraksi ketika terjadi halusinasi     5. Mengabaikan halusinasi     6. Memberikan distraksi ketika terjadi halusinasi     7. Meringankan halusinasi dengan cara farmakologis     8. Mempermudah mengontrol halusinasi     9. Memberikan respon positif supaya klien termotivasi  1. Dengan berdiskusi bersama keluarga tentang masalah yang dirasakan klien, diharapkan keluarga mengetahui tindakan yang tepat 2. Agar keluarga mengetahui tanda, gejala dan perilaku klien 3. Agar klien tidak merasa terasingkan dan mendapat dukungan dari keluarga 4. Dengan melatih klien secara langsung, dapat memudahkan keluarga 5. Membantu klien untuk mempercepat penyembuhan klien dirumah 6. Agar keluarga mengetahui ciri-ciri halusinasi yang perlu penanganan ke fasilitas kesehatan |

1. Pelaksanaan dan Catatan Perkembangan

|  |  |
| --- | --- |
| Nama klien : Ny T | Diagnosa medis : *Skizofrenia* |
| No. Rek. Med : … | Alamat : Tanjung Aman |

1. Implementasi dan catatan perkembangan

| Tanggal | | Dx Keperawatan | Implementasi | Evaluasi | TTD |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *1* | *2* | | *3* | *4* | *5* |
| 12/7/2021 | Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran (D.0085) | | Bina Hubungan saling percaya  **SP 1:**   1. Mengidentifikasi jenis halusinasi klien 2. Mengidentifikasi isi halusinasi klien 3. Mengidentifikasi waktu halusinasi klien 4. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien 5. Mengidentifikasi situasi yang dapat menimbulkan halusinasi klien 6. Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi 7. Mengajarkan klien menghardik halusinasi 8. Mengajarkan klien memasukan ke dalam kegiatan harian | **S:**   1. “Selamat pagi Bu nama saya Bu. T” 2. “Baik Bu. Iya wes, disini aja Bu” 3. Klien menceritakan bagaimana dia melihat bayangan hitam hingga dia merasa takut dan tidak nyaman untuk keluar kamar tidurnya. 4. “Pergi kamu, saya ndak mau lihat kamu, kamu mengganggu saya, pergi sana” 5. “Ya senang sih Bu diajari gini, besok setelah makan saja, disini saja”   **O:**   1. Klien mampu menyebutkan apa yang dialaminya. 2. Kontak mata baik 3. Kooperatif 4. Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol halusinasi: menghardik 5. Klien telah memasukan kegiatan menghardik kedalam jadwalnya   **A:**  SP 1 tercapai  **P:**   1. Perawat:   Lanjut SP 2 gangguan sensori persepsi: halusinasi penglihatan pada pertemuan kedua hari Selasa di ruang perawatan klien   1. Klien:   Memotivasi klien untuk mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan latihan rutin sesuai jadwal |  |
| 13/7/2021 |  | | **SP 2:**   1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien. 2. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara mengobrol dengan orang lain. 3. Menganjurkan klien memasukan ke dalam kegiatan harian klien. | **S:**   1. “Iya Bu, baik Bu, baru selesai makan” 2. “Saya bangun pagi tadi jam 05.00, Latihan menghardik tadi jam 06.00 setelah mandi” 3. “Mbak itu saya lihat bayangan hitamnya, mbak tutupono dia mbak” 4. “Oh bisa ya buat dia pergi dengan ngobrol” 5. “Masukin jadwal siang ae ya” 6. “Besok ketemu jam 11.00 siang aja Bu”   **O:**   1. Klien mampu menyebutkan kegiatan hariannya 2. Kontak mata baik 3. Klien kooperatif 4. Klien dapat menggunakan teknik mengobrol untuk menghilangkan halusinasi 5. Klien telah memasukan kegiatan mengobrol ke dalam jadwalnya   **A:**  SP 2 tercapai  **P:**   1. Perawat:   Lanjut SP 3 gangguan sensori persepsi: halusinasi penglihatan pada pertemuan ketiga hari Rabu di ruang perawatan klien   1. Klien:   Memotivasi klien untuk mengontrol halusinasi dengan cara mengobrol dan latihan rutin sesuai jadwal |  |
| 14/7/2021 |  | | **SP 3:**   1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien. 2. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara berolahraga 3. Menganjurkan klien memasukan ke dalam kegiatan harian klien. | **S:**   1. “Iya Bu, baik Bu, ini mau olahraga bu” 2. “Iya sudah belajar menghardik lagi tadi pagi” 3. “Mengobrol nanti setelah makan, tapi tadi pagi sudah ngobrol sama Bu. M itu, temen Kasur sebelah” 4. “Iya ayo olah raga Bu” 5. “Saya rutin olah raga Bu, senam disini tiap pagi” 6. “Iya saya masukan jadwal juga Bu” 7. “Besok ketemu jam 11.00 aja Bu”   **O:**   1. Klien mampu menyebutkan kegiatan hariannya 2. Klien mampu melakukan kegiatan olahraga 3. Kontak mata baik 4. Klien kooperatif 5. Klien berusaha mengikuti Gerakan senam   **A:**  SP 3 tercapai  **P:**   1. Perawat:   Lanjut SP 4 gangguan sensori persepsi: halusinasi penglihatan pada pertemuan keempat hari Kamis di ruang perawatan klien   1. Klien:   Memotivasi klien untuk mengontrol halusinasi dengan cara olahraga rutin sesuai jadwal |  |
| 15/7/2021 |  | | **SP 4:**   1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien. 2. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara meminum obat secara rutin 3. Menganjurkan klien memasukan ke dalam kegiatan harian klien. | **S:**   1. “Iya Bu, baik Bu, tadi olahga, Latihan menghardik, ini sekarang ngobrol sama Ibu” 2. “Iya nanti siang ngobrol lagi Bu” 3. “Minum obat Bu? Iya saya minum, rasanya ndak enak Bu, obat e ada 3”. 4. “Ya kalau dipaksa ya saya minum” 5. “Iya saya nurut perawat e minum obat e” 6. “Ndak tak buang kok obat e Bu”   **O:**   1. Klien mampu melakukan jadwal harian yang sudah dibuat 2. Klien memasukan minum obat kedalam jadwalnya 3. Kontal mata baik 4. Klien kooperatif 5. Afek Baik   **A:**  SP 4 tercapai  **P:**   1. Perawat:   Lanjut SP isolasi sosial pada pertemuan selanjutnya di ruang perawatan klien   1. Klien:   Memotivasi klien untuk mengontrol halusinasi dengan melakukan seluruh kegiatan yang telah dipelajari dan meminum obat dengan teratur dan tertib. |  |

BAB 4  
PEMBAHASAN

Bagian ini akan membahas temuan penulis dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa masalah utama halusinasi penglihatan pada ny. T dengan diagnosa medis skizofrenia dengan bukti penelitian terkait.

1. Pengkajian

Pengumpulan data penulis lakukan dengan melakukan pekenalan dan menjelaskan tujuan pertemuan dengan klien. Penulis menjelaskan bahwa tujuannya adalah untuk melakukan asuhan keperawatan jiwa kepada klien agar klien mencapai kondisi sehat jiwa. Klien kooperatif dengan pendekatan penulis.

Hasil pengkajian ditemukan bahwa ini adalah kali pertama klien dirawat di rumah sakit jiwa. Keluhan utama klien adalah melihat sebuah bayangan hitam yang menghantuinya. Bayangan hitam ini muncul baik saat klien sendiri ataupun saat klien bersama dengan banyak orang. Klien merasa sangat takut tapi pada saat yang sama ingin marah kepada bayangan tersebut tetapi tidak mampu untuk melampiaskan kemarahannya. Klien tidak menceritakan tentang pengalaman masa kecilnya, dalam pertumbuhan, dalam pekerjaan, atau dalam kondisi lain. Klien hanya mengatakan pernah jatuh saat membawa ember air saat masih kecil dan kepalanya terbentur keras. Hingga kini selalu merasa khawatir saat jatuh atau melakukan kesalahan. Klien mengatakan tidak ada atau tidak tahu bahwa ada anggota keluarga yang mengalami gangguan kejiwaan.

Penelitian mengatakan bahwa kondisi yang dialami klien cukup langka. Kondisi ini disebut *Psychotic Disorder Following Traumatic Brain Injury* (PDFTBI) dalam bahasa Indonesia maknanya adalah gangguan psikosis akibat cedera otak traumatic. PDFTBI dikaitkan dengan kelainan pada area temporal dan frontal. Presentasi umum meliputi waham kejar dan halusinasi dengan tidak adanya gejala negatif. Onset rata-rata adalah 4-5 tahun setelah cedera otak traumatic dengan sebagian besar kasus terjadi dalam 2 tahun. Perkembangan dan perjalanan PDFTBI bervariasi. Neuroleptik tampaknya menjadi obat yang paling manjur. Konseptualisasi PDFTBI sebelumnya bervariasi dan menunjukkan bahwa hubungannya tidak sederhana. Penelitian menyimpulkan bahwa hasil psikosis dari kerusakan pada daerah frontal dan temporal dan disregulasi sistem dopaminergik. Setiap orang rentan terhadap gangguan psikotik dan psikosis akan terjadi ketika ambang batas kerusakan pada area ini tercapai. Cedera otak traumatis dapat menjadi penyebab utama psikosis atau berkontribusi pada perkembangan psikosis melalui gangguan kejang sekunder, meningkatkan risiko biologis dan psikologis, dan memicu psikosis pada pasien yang rentan. Hubungan itu mungkin juga kebetulan. Cedera otak traumatis memicu proses patofisiologi yang umumnya mengakibatkan psikosis setelah penundaan 1– 5 tahun. Arah untuk penelitian masa depan termasuk studi prospektif meneliti dampak cedera otak traumatic pada pengembangan psikosis, studi retrospektif memeriksa cedera otak traumatic sebagai faktor risiko skizofrenia atau populasi lain yang berisiko untuk psikosis sekunder, dan studi meneliti pencegahan penyakit psikotik (Ahmed et al., 2017; Fujii & Ahmed, 2002).

Meskipun tidak ada faktor resiko berat yang ditemukan pada klien yang dapat menjelaskan mengapa klien mengalami gangguan jiwa tetapi cedera otak traumatic menjadi penjelasan yang masuk akal. Klien pernah jatuh saat masih kecil dan kepalanya terbentur cukup keras hingga mungkin menyebabkan cedera otak traumatic. Meskipun tidak dapat seberapa berat derajat trauma tersebut karena tidak ada riwayat pemeriksaan kesehatan yang bisa diakses penulis terkait masalah tersebut dan klien tidak ingat secara detail kejadiannya maka kesimpulan ini adalah hasil analitis penulis untuk menjelaskan penyebab klien mengalami gangguan halunisasi. Penelitian mengatakan gangguan psikosis akibat cedera otak traumatic tidak langsung menunjukkan dampak, biasanya membutuhkan waktu menahun hingga gejala muncul dan dibutuhkan sebuah faktor presipitasi yang kuat serta kping penderita yang buruk (Ahmed et al., 2017; Fujii & Ahmed, 2002; Rohmi & Aditya, 2020).

1. Diagnosa

Masalah keperawatan jiwa yang ditemukan pada klien adalah isolasi sosial, gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan, gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran, harga diri rendah. Sedangkan diagnosis keperawatan yang dapat ditegakkan adalah gangguan persepsi sensori: Halusinasi penglihatan (D.0085) dan Isolasi sosial (D.0121).

Diagnosis keperawatan yang kerap muncul dari hasil pemeriksaan adalah gangguan persepsi sensori halusinasi, isolasi sosial, harga diri rendah, deficit dan perawatan diri (Rohmi & Aditya, 2020). Sedangkan di SDKI masalah keperawatan ini masuk kedalam diagnosa gangguan persepsi sensori (D.0085), isolasi sosial (D.0121), harga diri rendah situasional (D.0087), harga diri rendah kronis (D.0086), dan deficit perawatan diri (D.0109) (PPNI, 2017).

Masalah keperawatan yang dapat ditemukan penulis cukup banyak, tetapi tidak seluruh masalah dapat ditegakkan sebagai diagnosa. Penulis berhasil menegakkan dua diagnosa keperawatan dengan data yang lengkap berdasarkan standar diagnosis keperawatan Indonesia.

1. Perencanaan

Tujuan dirumuskan berdasarkan standar luaran keperawatan Indonesia dan standar intervensi keperawatan Indonesia dimana tujuan utama dari intervensi keperawatan adalah klien dapat melawan rangsangan palsu halusinasi.

Tujuan umum umum dapat dicapai dengan melakukan tindakan menghardik halusinasi, mengalihkan halusinasi dengan mengobrol atau kegiatan lain, mengalihkan halusinasi dengan melakukan kegiatan yang menyehatkan dan rutin dilakukan, yang tidak kalah penting obat harus diminum secara tertib dan teratur (PPNI, 2018, 2019).

Tujuan dan intervensi tersebut telah dilakukan dan dapat dicapai dengan berhasil dengan sedikit kendala. Kendala yang kerap muncul adalah klien menunda pertemuan yang telah dijadwalkan sebab klien sedang asyik mengobrol dengan temannya atau asyik dengan menonton TV. Penulis berusaha mengajak klien untuk kooperatif dengan cara membujuknya dan membuat kontrak waktu.

1. Pelaksanaan

Pelaksanaan dapat dilakukan tanpa adanya kendala yang bermakna. Hanya satu kejadian yang menjadi catatan untuk peneliti yaitu halusinasi dapat muncul kapan saja. Pada satu kesempatan halusinasi klien muncul saat klien sedang dalam sesi dengan penulis. Klien terlihat sangat ketakutan dan berusaha berlindung dibelakang penulis dan penulis berusaha menenangkan klien. Dampak dari kejadian ini adalah sesi tersebut tidak berjalan sesuai kontrak dan klien meminta untuk sesi diterminasi sebab klien ingin tidur.

Penelitian mengatakan bahwa intervensi terapi psikososial tidak dapat dipaksakan dengan hanya berdasarkan keinginan perawat. Perawat harus memperhatikan keinginan dan preferensi klien. Sehingga disaat klien meminta untuk sesi diterminasi perawat harus menyesuaikan dan mencarri cara agar sesi ini bisa dilanjutkan atau digantikan pada sesi lain. Tujuannya agar intervensi tetap dapat dilakukan meski tertunda (Chaudhury, 2010; Fujii & Ahmed, 2002; Nurhalimah, 2016).

Klien berhak untuk meminta dan menyampaikan kondisinya dalam proses perawatan. Karena perawatan klien harus berfokus pada klien. Teori *patient centred care* menjelaskan bahwa perawatan kesehatan tujuan utamanya adalah menyehatkan klien bukan memaksakan keinginan perawat atau professional kesehatan lainnya.

1. Evaluasi

Evaluasi telah mengikuti standar yang tepat yaitu dengan memperhatikan SOAP. Syaitu mengevaluasi tanda subjektif klien, O yaitu mengevaluasi tanda objektif klien, A yaitu mengevaluasi assessmen yang dilakukan, dan P yaitu mengevaluasi rencana tindakan selanjutnya (PPNI, 2017, 2018, 2019; Rohmi & Aditya, 2020).

BAB 5  
SIMPULAN

Setelah asuhan keperawatan selesai dilakukan dan pembahasan dirampungkan penulis sampai pada bagian akhir dari karya ilmiah akhir ini yaitu bagian simpulan. Simpulan ini didasarkan pada hasil asuhan keperawatan jiwa masalah utama halusinasi penglihatan pada ny. T dengan diagnosa medis skizofrenia.

1. SIMPULAN

Pertama penulis akan menjawan tujuan umum karya ilmiah akhir ini yaitu asuhan keperawatan jiwa pada gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan dengan diagnosa medis skizofrenia adalah proses yang menantang. Perawat harus mengajarkan klien untuk mampu membedakan rangsangan nyata dan tidak nyata. Cara yang dapat dilakukan adalah dengan mengajarkan cara menghardik rangsangan tersebut, mengalihkan perhatian dengan mengobrol dengan orang lain, melakukan olahraga secara rutin, dan meminum obat dengan rutin dan teratur.

Kedua penulis akan menjawab tujuan khusus karya ilmiah akhir ini sebagai berikut:

1. Pengkajian kepada klien ditemukan klien mengalami masalah gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan
2. Diagnosa keperawatan klien yang dapat ditegakkan adalah Gangguan persepsi sensori: Halusinasi penglihatan (D.0085) dan Isolasi sosial (D.0121)
3. Perencanaan tidakan klien yang telah disusun adalah mengajarkan cara menghardik rangsangan tersebut, mengalihkan perhatian dengan mengobrol dengan orang lain, melakukan olahraga secara rutin, dan meminum obat dengan rutin dan teratur.
4. Tindakan yang dilakukan berdasarkan perencanaan dan ditemukan kesulitan minor selama tindakan yaitu klien meminta sesi dengan perawat ditunda akibat halusinasi yang muncul saat sesi berlangsung.
5. Evaluasi tindakan telah dilakukan dan menjadi acuan tindakan diulangi, dilanjutkan, atau dihentikan.
6. Dokumentasi asuhan keperawatan jiwa dituliskan berdasarkan standar yang baku dan didasarkan pada acuan PPNI.
7. SARAN

Terdapat beberapa saran yang ditemukan oleh penulis untuk karya ilmiah selanjutnya dan untuk proses asuhan keperawatan jiwa terutama asuhan keperawatan jiwa dengan masalah gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan.

1. Bagi akademis

Asuhan keperawatan jiwa adalah proses yang panjang dan perlu pemikiran yang mendalam. Referensi yang tersedia untuk topik ini tidak banyak tetapi sangat beragam. Perlu proses seleksi dan proses berpikir kritis yang dalam agar tidak salah dalam menjelaskan fenomena yang ditemukan dalam proses asuhan keperawatan.

1. Bagi praktisi

Klien yang mengalami gangguan kesehatan jiwa sangatlah rentan. Perawat adalah advokat yang terbaik bagi klien. Maka perawat harus melindungi hak – hak klien dengan maksimal untuk menghindari bahaya dan kesakitan bagi klien. Klien kesehatan jiwa sangat rentan sebab mereka tidak merasa bahwa gangguannya adalah masalah maka perlu pendekatan yang mendalam oleh perawat agar klien dapat mencapa.

DAFTAR PUSTAKA

Ahmed, S., Venigalla, H., Mekala, H. M., Dar, S., Hassan, M., & Ayub, S. (2017). Traumatic Brain Injury and Neuropsychiatric Complications. *Indian Journal of Psychological Medicine*, *39*(2), 114. https://doi.org/10.4103/0253-7176.203129

Ati, F., Studi, P., Iii, D., Jurusan, K., Politeknik, K., Kemenkes, K., … Indonesia, R. (2019). *Karya tulis ilmiah*.

Chaudhury, S. (2010). Hallucinations: Clinical aspects and management. *Industrial Psychiatry Journal*, *19*(1), 5. https://doi.org/10.4103/0972-6748.77625

Farrell, M. (2017). Psychosis under discussion: How we talk about madness. In *Psychosis Under Discussion: How We Talk About Madness*. https://doi.org/10.4324/9781315268262

Fujii, D., & Ahmed, I. (2002). Psychotic disorder following traumatic brain injury: a conceptual framework. *Cognitive Neuropsychiatry*, *7*(1), 41–62. https://doi.org/10.1080/135468000143000131

Gonçalves, P. D. B., Sampaio, F. M. C., Sequeira, C. A. da C., & Silva, M. A. T. da C. P. e. (2019). Nursing Process Addressing the Nursing Focus “Hallucination”: A Scoping Review: *Https://Doi.Org/10.1177/1054773819877534*, *30*(4), 392–400. https://doi.org/10.1177/1054773819877534

Ii, B. A. B. (2000). *No Title*. 12–48.

Ii, B. A. B. (2011). *No Title*. 9–32.

Ii, B. A. B., Pustaka, A. T., & Terapeutik, K. (2015). *Poltekkes Kemenkes Yogyakarta*. 7–27.

Ii, B. A. B., & Stres, A. K. (2015). *No Title*. 10–47.

Nurhalimah. (2016). *Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Peralta, V., & Cuesta, M. J. (2011). Eugen Bleuler and the Schizophrenias: 100 Years After. *Schizophrenia Bulletin*, *37*(6), 1118. https://doi.org/10.1093/SCHBUL/SBR126

Picchioni, M. M., & Murray, R. M. (2007). Schizophrenia. *BMJ : British Medical Journal*, *335*(7610), 91. https://doi.org/10.1136/BMJ.39227.616447.BE

Pienkos, E., Giersch, A., Hansen, M., Humpston, C., McCarthy-Jones, S., Mishara, A., … Rosen, C. (2019). Hallucinations Beyond Voices: A Conceptual Review of the Phenomenology of Altered Perception in Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, *45*(Suppl 1), S67. https://doi.org/10.1093/SCHBUL/SBY057

PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI): Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.

PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI): Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.

PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI): Definisi dan Kreteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.

Prabowo, E. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*.

Rohmi, F., & Aditya, R. S. (2020). The Effect of Nursing Care for Client Symptoms Frequency with Sensory Perception Disorders: Auditory Hallucination in Bantur Village. *Jurnal Keperawatan*, *11*(2), 104–109. https://doi.org/10.22219/JK.V11I2.12460

Salgado-Pineda, P., Caclin, A., Baeza, I., Junqué, C., Bernardo, M., Blin, O., & Fonlupt, P. (2007). Schizophrenia and frontal cortex: where does it fail? *Schizophrenia Research*, *91*(1–3), 73–81. https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2006.12.028

Sarfika, N. R., Kep, S., Kep, M., Terapeutik, K., Terapeutik, K., & Keperawatan, D. (n.d.). *BUKU AJAR KEPERAWATAN DASAR 2 BUKU AJAR*.

Skizofrenia, L. B. (2020). *Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny . A Dengan Masalah Halusinasi Penglihatan Winda Veratami Purba*.

Stres, P. S., & Stuart, K. S. (2009). *TINJAUAN PUSTAKA A . Teori Stres dan Adaptasi*. (2005), 8–36.

Wahyuni, S. E., Nst, M. L., & Daulay, W. (2017). *FAMIL Y ’ S EXPERIENCES IN TAKING CARE PATIENTS WITH*. *VIII*(3), 3–6.