

# OLEH :

**TIARA NOVIYANTI URGADANA 1930086**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2020**

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



**OLEH :**

**TIARA NOVIYANTI URGADANA 1930086**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2020**

i

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiasi sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk saya nyatakan dengan benar. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, September 2020

Tiara Noviyanti Urgadana,S.Kep Nim. 1930086

ii

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa : Nama : Tiara Noviyanti Urgadana

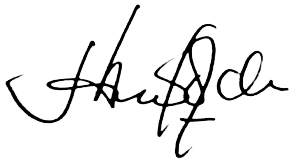
NIM : 193.0086

Program studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Paranoid Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Wijaya Kusuma Rs Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

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

# NERS (Ns.)

**Surabaya, September 2020 Pembimbing**

**Ns. Sukma Ayu C.K.,M.Kep.,Sp.Kep.J NIP.03043**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya Tanggal : September 2020

iii

# HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

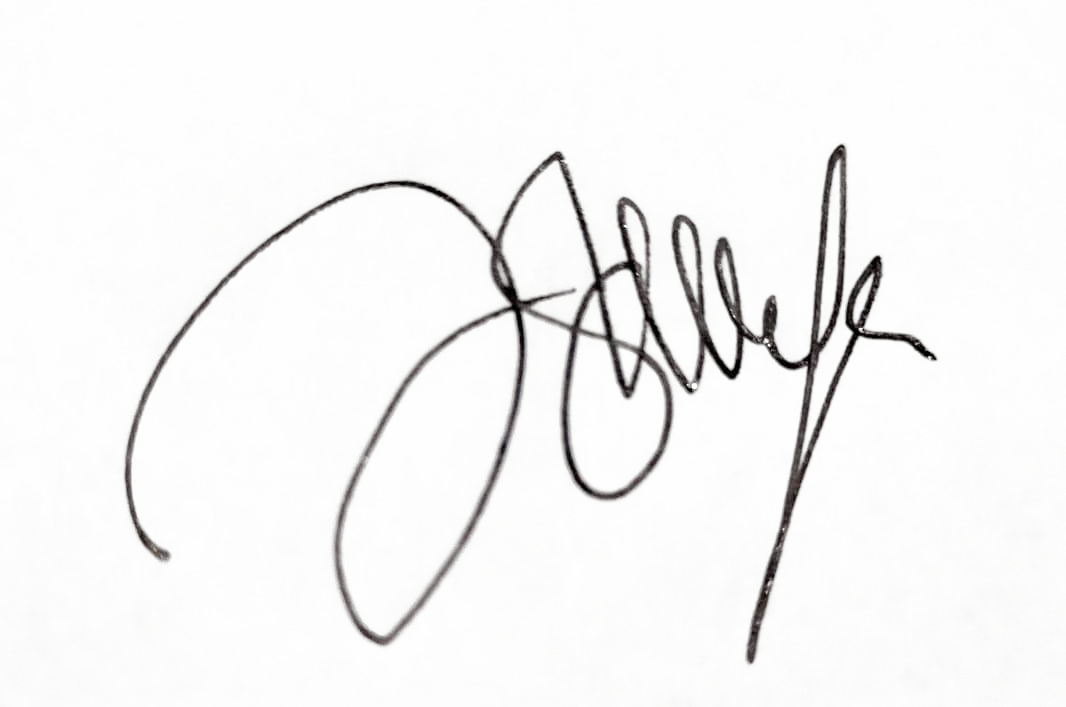
Nama : Tiara Noviyanti Urgadana

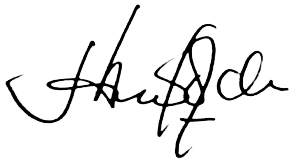
NIM : 193.0086

Program Studi : Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Paranoid Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Wijaya Kusuma Rs Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

Telah dipertahankan dihadapan dengan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang Tuah Surabaya,dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS(Ns.)” pada Program studi Pendidikan Profesi Stikes Hang Tuah Surabaya.



Penguji 1 : **Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes NIP.03.021**

Penguji 2 : **Ns. Sukma Ayu C.K.,M.Kep.,Sp.Kep.J NIP.03043**

# Mengetahui,

**STIKES HANG TUAH SURABAYA**

**KA PRODI PROFESI NERS KEPERAWATAN**

****

**Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB NIP. 03020**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya Tanggal : September 2020

iv

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.Karya tulis ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

Karya tulis ilmiah ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta pengarahan dan bantuan dari banyak pihak, Penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga karya tulis ilmiah ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya yang jauh dari sempurna.

Dalam kesempatan kali ini, perkenankan peneliti menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. Kolonel Laut (K/W) Wiwiek Liestyaningrum, S.Kp., M. Kep. Selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk menjadi mahasiswa Pendidikan Profesi Ners.
2. Ns. Nuh Huda, M.Kep.,Sp.,Kep.MB., selaku Kepala Program Studi Profesi Ners Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
3. Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes selaku penguji ketua yang telah memberikan bimbingan, pengajaran, kritik serta saran demi penyusunan Karya tulis ilmiah akhir ini.
4. Ns. Sukma Ayu C .K.,M.Kep.,Sp.Kep.J selaku pembimbing karya tulis ilmiah akhir yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran

v

serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan penyelesaian karya tulis ilmiah akhir ini.

1. Bapak dan ibu dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
2. Ibu Nadia Okhtiary, A. Md., selaku kepala perpustakaan di Stikes Hang Tuah Surabaya yang menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
3. Kedua orang tua saya tersayang yang senantiasa memberikan do’a dalam setiap langkah untuk mendukung, memotivasi serta memberikan semangat yang tiada henti dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
4. Teman–teman angkatan 10 dan semua pihak yang telah membantu dalam proses pembuatan karya tulis ilmiah ini yang tiada henti memberikan semangat dan dukungan yang tiada henti.

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan yang mendasar pada karya tulis ilmiah ini. Oleh karena itu kami mengundang pembaca untuk memberikan saran serta kritik yang dapat membangun kami. Kritik konstruktif dari pembaca sangat kami harapkan untuk penyempurnaan karya tulis ilmiah ini selanjutnya. Akhir kata semoga karya ilmiah akhir ini dapat memberikan manfaat bagi kita sekalian.

Surabaya, September 2020

Penulis

vi

**DAFTAR ISI**

COVER i

SURAT PERNYATAAN ii

HALAMAN PERSETUJUAN iii

LEMBAR PENGESAHAN iv

[KATA PENGANTAR v](#_TOC_250018)

DAFTAR ISI viii

[DAFTAR LAMPIRAN ix](#_TOC_250017)

DAFTAR SINGKATAN x

BAB 1 PENDAHULUAN 1

[1.1 LATAR BELAKANG 1](#_TOC_250016)

* 1. [RUMUSAN MASALAH 3](#_TOC_250015)
  2. TUJUAN PENELITIAN 3
     1. [TUJUAN UMUM 3](#_TOC_250014)
     2. [TUJUAN KHUSUS 3](#_TOC_250013)
  3. [MANFAAT 4](#_TOC_250012)
     1. MANFAAT TEORITIS 4
     2. [MANFAAT PRAKTIS 4](#_TOC_250011)

[BAB 2 TINJAUAN TEORI 7](#_TOC_250010)

* 1. DEFINISI 7
  2. ETIOLOGI 8
  3. RENTANG RESPON 18
  4. KLASIFIKASI 19
  5. MANIFESTASI KLINIS 21
  6. FASE HALUSINASI 22
  7. PENATALAKSANAAN 23
  8. POHON MASALAH 28
  9. ASUHAN KEPERAWATAN TEORI 29

[BAB 3 TINJAUAN KASUS 31](#_TOC_250009)

* 1. [PENGKAJIAN 31](#_TOC_250008)
  2. DIAGNOSIS KEPERAWATAN 45
  3. TABEL PRIORITAS MASALAH 46
  4. RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN 49
  5. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN 56

[BAB 4 PEMBAHASAN 62](#_TOC_250007)

* 1. [PENGKAJIAN 62](#_TOC_250006)
  2. [DIAGNOSA 63](#_TOC_250005)
  3. PERENCENAAN 64
  4. PENATALAKSANAAN 65
  5. [EVALUASI 66](#_TOC_250004)
  6. [KETERBATASAN 66](#_TOC_250003)

[BAB 5 PENUTUP 67](#_TOC_250002)

* 1. KESIMPULAN 67
  2. [SARAN 67](#_TOC_250001)

[DAFTAR PUSTAKA 69](#_TOC_250000)

vii

# DAFTAR LAMPIRAN

|  |  |
| --- | --- |
| Lampiran 1 | *Curriculum Vitae* 71 |
| Lampiran 2 | Motto dan Persembahan. 72 |
| Lampiran 3 | SPTK 75 |

Lampiran 4 Analisa Proses Interaksi 89

viii

ADL : *Activity Daily Living*

BPS : Badan Pusat Statistik

Lansia : Lanjut Usia

Depkes : Departemen Kesehatan

Dkk : Dan Kawan-Kawan

DO : Data Objektif

DS : Data Subjektif

Kemenkes : Kementerian Kesehatan

K : Klien

Ny : Nyonya

K : Klien

P : Perawat

RSJ : Rumah Sakit Jiwa

SPTK : Strategi Pelaksanaan Tindakan keperawatan

WHO : *World Health Organizations*

RI : Republik Indonesia

ix

# PENDAHULUAN

# Latar Belakang

Sehat menurut World Health Organization (WHO), merupakan suatu keadaan sempurna baik fisik, mental dan sosial serta bukan saja keadaan terhindar dari sakit maupun kecacatan. Menurut UU No. 3 tahun 1996, kesehatan jiwa adalah kondisi yang memungkinkan perkembanganfisik, intelektual, emosional secara optimal dari seseorang, dan perkembangan ini berjalan selaras dengan orang lain. Gangguan jiwa merupakan permasalahan kesehatan yang disebabkan oleh gangguan biologis, sosial, psikologis, genetic fisik atau kimiawi dengan jumlah penderita yang terus meningkat dari tahun ke tahun (WHO, 2015). Skizofrenia merupakan gangguan psikiatri yang menimbulkan disabilitas yang cukup luas, serta dicirikan oleh suatu siklus kekambuhan dan remisi. Skizofrenia merupakan gangguan neurologis yang mempengaruhi persepsi, cara pikir, bahasa, emosi dan perilaku sosial klien. (Yosep, 2010).

Berdasarkan data WHO (2016) dalam Maksum (2018), diperkirakan terdapat 35juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta orang terkena skizofrenia, dan 47,5 juta orang terkena demensia. Data lain ditunjukkan dalam *Global Health Data Exchange* (2017) menyatakan prevalensi gangguan jiwa usia produktif (20-54 tahun) mencapai 15,91 juta orang atau 58,3%. Pasien dengan halusinasi menempati urutan pertama dengan angka kejadian 44 persen atau berjumlah 345 orang, pasien isolasi sosial menempati urutan kedua dengan angka kejadian 22 persen atau berjumlah pasien 173 orang, pasien dengan resiko perilaku kekerasan menempati urutan ketiga dengan angka kejadian 18 persen atau berjumlah pasien 141 orang pasien, pasien dengan harga diri rendah menempati urutan keempat dengan angka kejadian 12 persen atau berjumlah 94 orang, sedangkan pasien dengan waham, defisit perawatan diri 4 persen atau 32 orang (Zelika, 2015). Berdasarkan Balitbangkes Kemenkes RI(2018) prevalensi rumah tangga dengan ART

1

gangguan jiwa skizofrenia/psikosis mengalami peningkatan dari tahun 2013–2018. Pada tahun 2013 prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 per mil. Dengan angka gangguan jiwa tertinggi ada di DIYogyakarta sebesar 2,7 per mil. ( Balitbangkes Kemenkes RI, 2018). Penderita gangguan jiwa di Jatim pada tahun 2016 mencapai 2369 orang. Jumlah itu naik sebesar 750 orang dibandingkan tahun 2015 lalu yang hanya 1619 penderita. Berdasarkan data yang diperoleh dari catatan rekam medik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya pada tahun 2019 (Juli- Desember) tercatat penderita *skizofrenia* yang berkunjung dipoliklinik rawat jalan sebanyak 15.140 jiwa sedangkan persentase pasien halusinasi di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya sebanyak (67,6%).

Menurut Sadock, dkk (2014) skizofrenia adalah bagian dari gangguan psikosis yang terutama ditandai dengan kehilangan pemahaman terhadap realitas dan hilangnya daya tilik diri(Yudhantara & Istiqomah, 2018: 1). Gejala khas dari gangguan jiwa terutama skizofrenia adalah halusinasi (90%). Dan sebagian besar penderita mengalami halusinasi pendengaran. Suara yang didengar bisa dari dalamnya maupun dari luar. Suara dapat dikenal (familiar). Suara dapat tunggal atau multipel. Isi suara dapat memerintah sesuatu pada klien atau seringnya tentang perilaku klien sendiri.. Dampak yang dapat ditimbulkan oleh pasien yang mengalami halusinasi adalah kehilangan kontrol dirinya.Dimana pasien mengalami panik dan perilakunya dikendalikan oleh halusinasinya.(Handayani, 2013)

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien dengan halusinasi yaitu tindakan keperawatan generalis. Tindakan keperawatan secara generalis sesuai dengan standart asuhan keperawatan yaitu mengidentifikasi halusinasi yang muncul (isi, jenis, durasi, situasi dan respon), mengontrol halusinasi dengan menghardik atau mengusir, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan dan minum obat teratur. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Coreline, Keliat & Sabri (2008) dalam Nyumirah (2014) menyatakan bahwa penerapan standar asuhan keperawatan klien halusinasi dalam mengontrol halusinasi akan mempengaruhi kemampuan kognitif dan psikomotor klien, sehingga

klien halusinasi akan mengalami penurunan terhadap intensitas tanda dan gejala halusinasi yang muncul.

# Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Paranoid Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Wijaya Kusuma Rs Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur ?

# Tujuan

# Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Paranoid Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Wijaya Kusuma Rs Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

.

# Tujuan Khusus

* + - 1. Melakukan pengkajian dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Paranoid Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Wijaya Kusuma Rs Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
      2. Merumuskan diagnosa keperawatan yang dapat melalui penyempurnaan analisa dan sintesa pada Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Paranoid Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Wijaya Kusuma Rs Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur
      3. Merencanakan Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Paranoid Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Wijaya Kusuma Rs Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur
      4. Melaksanakan Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Paranoid Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Wijaya Kusuma Rs Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur
      5. Mengevaluasi tindakan yang sudah dilaksanakan dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Paranoid Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Wijaya Kusuma Rs Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur
      6. Mendokumentasi Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Paranoid Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Wijaya Kusuma Rs Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

# Manfaat

* + 1. **Secara Teoritis**

Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Paranoid Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Wijaya Kusuma Rs Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

# Manfaat Praktis

* + - 1. Bagi Rumah Sakit Jiwa

Hasil karya tulis ilmiah diharapkan dapat memberikan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam melaksanakan praktek pelayanan keperawatan jiwa pada klien dengan halusinasi.

* + - 1. Bagi Instansi Akademik

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam kegiatan proses belajar mengajar tentang asuhan keperawatan jiwa dengan halusinasi dapat digunakan sebagai acuan bagi praktek mahasiswa keperawatan.

* + - 1. Bagi Pembaca

Hasil seminar ini dapat digunakan sebagai tambahan referensi tentang asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan halusinasi.

# Metode Penulisan

1. Metode

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

1. Teknik Pengumpulan Data
   1. Wawancara

Data diambil/ diperoleh melalui percakapan baik dengan keluarga klien maupun tim kesehatan lain.

* 1. Observasi

Data diperoleh secara langsung melalui pengamatan terhadap reaksi dan sikap pasien yang diamati.

* 1. *Literatture Review*

Data diperoleh dari beberapa jurnal nasional yang mengacu tentang keperawatan jiwa halusinasi.

1. Sumber Data
   1. Data Primer

Data yang diperoleh secara langsung dari pasien, baik berupa observasi dan wawancara.

* 1. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari keluarga pasien, catatan perkembangan pasien, dan perawat ruangan tersebut

1. Studi Kepustakaan

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

# Sistematika Penulisan

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

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, erisi tentang Latar Belakang, Masalah, Tujuan, Manfaat penelitian dan Sistematika Penulisan Studi Kasus.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep skizofrenia menurut medis dan konsep asuhan keperawaatan jiwa pasien dengan halusinasi, serta kerangka masalah.

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

BAB 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dan kenyataan yang ada dilapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang Simpulan dan Saran

1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

# BAB 2 TINJAUAN TEORI

* 1. **Konsep Skizofrenia**
     1. **Definisi**

Skizofrenia berasal dari dua kata “Skizo” yang artinya retak atau pecah dan “frenia” yang artinya jiwa. Seorang yang menderita gangguan jiwa skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian (Hawari, 2003). Selain itu, Skizofrenia merupakan gangguan psikiatri yang meliputi cakupan luas dari gangguan perilaku yang berat.

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang umum terjadi dengan karakteristik adanya kerusakan dan keanehan pada pikiran, persepsi,emosi, pergerakan dan perilaku.(UNODC, 2018)

Skizofrenia merupakan penyakit kronis, kompleks, dan heterogen yang mempengaruhisebagian besar fungsi dari aspek psikologis, dampak yang berat akibat individu dengan skizofreniadapat menghancurkan aspekkekeluargaan, peranan dalam lingkup sosial, dan ketergantungannya terhadap obat antipsikotik sebagai faktor utama dalam mencegah terjadinya kekambuhan dan munculnya gejala-gejela yang ada pada pasien (Juruena, 2011).

Skizofrenia merupakan salah satu kelompok dari gangguan psikotik, yang mempunyai karakteristik gejala positif dan negatif. Gejala positif pada individu dengan skizofrenia diantaranya, (1) Delusi atau wawam, suatu keyakinan yang tidak rasional, (2) halusinasi atau pengalaman panca indera tanpa ransangan (stimulus), (3) kekacauan alam pikir, pembicaraan yang tidak dapat diikuti alurnya, (4) gaduh, gelisa, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, berbicara dengan afek berlebih, (5) perasaan curiga berlebih, (6) menyimpan rasa permusuhan. Sedangkan gejala negatif dapat terlihat dari adanya, (1) alam perasaan (affect) “tumpul” dan “mendatar”, (2) menarik diri dari lingkuangan sosial atau mengasingkan diri (withdrawn), (3) minim kontak emosional dengan orang lain,sukar diajak bicara dan pendiam, (4) pasif dan apatis, (5) tidak memiliki minat dan dorongan (avolition) (Hawari, 2011).

7

# Etiologi

Sadock dan Virginia (dalam Kaplan & Sadock’s, 2002), menjelaskan penyebab skizofrenia adalah sebagai berikut:

* + - 1. Model Diatesis-stres

Dalam model ini menyatakan bahwa seseorang memiliki suatu kerentanan spesifik (diatesis) yang jika dikenai oleh suatu pengaruh lingkungan yang menimbulkan stres memungkinkan perkembangan skizofrenia.Semakin besar kerentanan seseorang maka stessor kecilpun dapat menyebabkan menjadi skizofren sebaliknya semakin kecil kerentanan maka butuh stressor yang besar untuk membuatnya menjadi penderita skizofren sehingga secara teoritis seseorang tanpa diatesis tidak akan berkembang menjadi skizofren walau sebesar apapun stressornya. Model diatesis-stress menunjukkan bahwa orang memiliki kerentanan atau kecenderungan untuk mengembangkan depresi, kerentanan itu disebut diatesis. Beberapa orang memiliki diathesis untuk mengembangkan depresi daripada orang lain, diathesis individu harus berinteraksi dengan peristiwa-peristiwa yang penuh stres (dari biologis, psikologis, dan sosial) untuk mendorong timbulnya penyakit. Menurut Torrey (2006), menyatakan bahwa komponen biologis (seperti infeksi), komponen psikologis (seperti menderita gangguan kecemasan, individu yang tertutup) dan komponen lingkungan (mengalami kekerasan fisik, pelecehan seksual, adanya ancaman yang tidak bisa dikendalikan dan kehilangan orang yang disayangi), peristiwa-peristiwa ini dengan sendirinya dapat menyebabkan skizofrenia. Berdasarkan uraian di atas bahwa seseorang yang memiliki kerentanan spesifik (diatesis) akan memungkinkan perkembangan skizofrenia.

* + - 1. Faktor Neurobiologi

Pasien skizofrenia ditemukan adanya kerusakan pada bagian otak tertentu. Terdapat beberapa area tertentu dalam otak yang berperan dalam membuat seseorang menjadi patologis yaitu sistem limbik, korteks frontal, cerebellumdan ganglia basalis. Keempat area tersebut saling berhubungan sehingga disfungsi pada satu area mungkin

melibatkan proses patologis primer pada area yang lain.Berdasarkan uraian di atas bahwa pasien skizofrenia ditemukan adanya kerusakan pada bagian otak tertentu. Jadi, berhubung dalam konteks psikologi faktor neurobiologitidak diteliti oleh peneliti. (Tools, 2017)

* + - 1. Faktor Genetik

Penelitian tentang genetik telah membuktikan faktor genetik/ keturunan merupakan salah satu penyumbang bagi jatuhnya seseorang menjadi skizofren. Resiko seseorang menderita skizofren akan menjadi lebih tinggi jika terdapat anggota keluarga lainnyayang juga menderita skizofren apalagi jika hubungan hubungan keluarga dekat. Penelitian terhadap anak kembar menunjukkan keberadaan pengaruh genetik melebihi pengaruh lingkungan pada munculnya skizofrenia dan kembar satu telur memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami skizofrenia. Berdasarkan uraian di atas bahwa faktor genetik/ keturunan merupakan salah satu penyumbang bagi jatuhnya seseorang menjadi skiozfrenia.(Lee et al., 2014)

* + - 1. Faktor Psikososial

Faktor ini dijelaskan melalui pemaparan sebagai berikut:1.Teori Psikoanalitik, Freud beranggapan bahwa skizofrenia adalah hasil dari fiksasi perkembangan yang muncul lebih awal daripada gangguan neurosis. Jika neurosis merupakan konflik antara id dan ego, maka psikosis merupakan konflik antara ego dan dunia luar. Menurut Freud, kerusakan ego (ego defect) memberikan kontribusi terhadap munculnya simptom skizofrenia. Konflik intrapsikis yang berasal dari fiksasi padamasa awal serta kerusakan ego yang mungkin merupakan hasil dari relasi onjek yang berturut-turut memperparah simptom skizofrenia. Harry Stack Sullivan dalam Hawari, 2003) mengatakan bahwa gangguan skizofrenia disebabkan oleh kesulitan interpersonal yangterjadi sebelumnya, terutama yang berhubungan dengan apa yang disebutnya dengan pengasuhan ibu yang salah yaitu cemas berlebihan. Secara umum, dalam pandangan psikoanalitik tentang skizofrenia, kerusakan ego mempengaruhi interpretasi terhadap realitas dankontrol

terhadap dorongan dari dalam, seperti seks dan agresi. Gangguan tersebut terjadi akibat distorsi dalam hubungan timbal balik ibu dan anak. Berbagai simptom dalam skizofrenia memiliki makna simbolis bagi masing-masing pasien. Misalnya fantasi tentang hari kiamat mungkin mengindikasikan persepsi individu bahwa dunia dalamnya telah hancur. Halusinasi mungkin merupakan substitusi dan ketidakmampuan pasien untuk menghadapi realitas yang onjektif dan mungkin juga mempresentasikan ketakutan atau harapan terdalam yang dimilikinya.2.Teori Psikodinamik, Pandangan psikodinamik lebih mementingkan hipersensitivitas terhadap berbagai stimulus. Hambatan dalam membatasi stimulus menyebabkan kesulitan dalam setiap fase perkembangan selama masa kanak-kanak dan mengakibatkan stres dalam hubungan interpersonal. Menurut pendekatan psikodinamik, gejala positif diasosiasikan dengan onset akut sebagai respon terhadap faktor pemicu/pencetus dan erat kaitannya dengan adanya konflik, gejala negatif ditunjukkan dengan absennya perilaku/fungsi tertentu sedangkan gangguan dalam hubungan interpersonal mungkin timbul akibat konflik intrapsikis namun mungkin juga berhubungan dengan kerusakan ego yang mendasar. Tanpa memandang model teoritisnya, semua pendekatan psikodinamik dibangun berdasarkan pemikiran bahwa simptom-simptom psikotik memiliki makna dalam skizofrenia. Misalnya waham kebesaran pada pasien mungkin timbul setelah harga dirinya terluka.3.Teori Belajar Menurut teori ini, orang menjadi skizofrenia karena pada masa kanak-kanak ia belajar pada model yang buruk. Ia mempelajari reaksi dan cara pikir yang tidak rasional dengan meniru dari orangtuanya yang sebenarnya juga memiliki masalah emosional.4.Teori Tentang KeluargaBeberapa pasien skizofrenia berasal dari keluarga yang disfungsi. Selain itu, perilaku keluarga yang patologis dapat meningkatkan stres emosional pada pasien skizofrenia. Perilaku keluarga yang patologis tersebut, antara lain:a.Double Bind Communication(Ikatan Ganda)Sebuah keluarga dimana anak-anak menerima pesan yang bertentangan yang ditampilkan oleh orangtua

tentang perilaku, sikap dan perasaan. Anak-anak cenderung menarik diri kedalam keadaan psikotik guna menghindari kebingungan terpecahkan dari mengikat ganda, bertolak belakang dari orangtua yang berkaitan dengan perilaku, sikap maupun perasaannya. Misalnya, ibu yang mengatakan bahwa ia sangat menyayangi anaknya, namun disisi lain sikap dan perilaku yang ditunjukkannya cenderung menjauhi anak.b.Marital Schism and Marital Skew(Keretakan Perkawinan dan Kecondongan Perkawinan)Dua pola perilaku abnormal pada keluarga. Pada pola keluarga schisms, terdapat perpecahan yang jelas antara orangtua, sehingga salah satu orangtua akan menjadi sangat dekat dengan anak yang berbeda jenis kelaminnya. Pada pola keluargaskewed, hubungan skewed melibatkan perebutan kekuasaan dan dominasi dari salah satu orangtua.c.Pseudomutual and Pseudohostile Families (Mendukung secara Semu dan Bermusuhan secara Semu)Dimana keluarga menahan ekspresi emosi dengan menggunakan komunikasi verbal yang pseudomutualatau pseudohostilesecara konsisten. Misalnya pada pseudomutual, orangtua menyuruh anaknya, untuk masuk kuliah di tempat yang favorit tetapi setelah anaknya masuk kuliah di tempat yang favorit tetapi setelah anaknya masuk kuliah ditempat tersebut, orangtua tidak mau membiayainya. Pada pseudohostile, suami-istri pandai bersandiwara, di luar terlihat harmonis tetapi di rumah bertengkar saja.d.Emotion Expression(Ekspresi Emosi)Keluarga yang terlalu kritis, bermusuhan, terlalu melibatkan diri dengan anggota keluarga (over protective). Ekspressi emosi yang tinggi pada keluarga dapat menjadikan tingkat kambuh untuk menderita skizofrenia.Penyebab skizofrenia pada faktor psikososial terdiri dari teori psikoanalitik, teori psikodinamik, teori belajar dan teori tentang keluarga.(Oliver, 2019)

# Klasifikasi

Klasifikasi Skizofrenia Berdasarkan DSM-IV-TR, gangguan skizofrenia dibagi atas 5 subtipe atas dasar kumpulan tersendiri dari gejala-gejalanya yaitu:

* + - 1. Tipe Paranoid

Gejala dominan berupa waham atau delusi dan halusinasi pendengaran. Waham biasanya berjenis waham kejar (misalnya, yakin bahwa orang-orang di sekitarnya mau menjahati dirinya) atau waham kebesaran (misalnya, yakin bahwa dirinya adalah orang pilihan Tuhan yang memiliki suatu kekuatan khusus). Halusinasi berupa suara orang yang menyuruh-nyuruh, berkomentar atau bercakap-cakap sendiri.

* + - 1. Tipe Hebefrenik

Gejala yang menonjol berupa pembicaraan kacau, perilaku kacau dan afek yang mendatar atau menumpul, perilaku yang kekanak-kanakan. Pembicaraan kacau (contoh: tadi pagi saya makan tempat tidur ada sapi makan rumput).Perilaku kacau misalkan seperti mengumpulkan bungkus makanan dan ditimbun di bawah tempat tidur sedangkan afek yang menumpul dinilai dari modulasi gerakan wajah dan perilaku yang disesuaikan dengan isi pembicaraan yang dibicarakan pasien.

* + - 1. Tipe Katatonik

Tipe skizofrenia yang ditandai dengan sekurangnya dua gejala berikut:ketiadaan gerak, pergerakan berlebihan tanpa tujuan dan tidak dipengaruhi oleh stimulus eksternal, sikap melawan berlebihan untuk bergerak ketika diberikan perintah atau postur kaku yang dipertahankan dan tidak bisa digerakkan oleh orang lain, postur tubuh yang dipertahankan aneh, ekolalia atau ekopraksia.

* + - 1. Tipe Tak Terinci

Skizofrenia yang memenuhi kriteria diagnostik skizofrenia namun tidak memenuhi kriteria diagnostik subtipe paranoid, hebefrenik, katatonik atau memiliki kriteria lebih dari satu tipe.

* + - 1. Tipe Residual

Tipe skizofrenia yang ditandai dengan hilangnya waham, halusinasi, pembicaraan kacau dan perilaku kacau atau katatonik yang menonjol, namun ditemukan bahwa gangguan tetap berlangsung yang diindikasikan dengan munculnya gejala negative.

# Gejala

1. Gejala Episode Akut.

meliputi tidak bisa membedakan antara khalayan dan kenyatan; halusinasi (terutama mendengar suara-suara bisikan); delusi (keyakinan yang salah namun dianggap benar oleh penderita); ide-ide karna pengaruh luar (tindakannya dikendalikan oleh pengaruh dari luar dirinya); ambiven (pemikiran yang saling bertentangan); datar,tidak tepat atau efek yang labil; austime (menarik diri, dari lingkungan sekitar dan hanya memikirkan dirinya); tidak mau bekerja sama; menyukai hal-hal yang dapat menimbulkan konflik pada lingkungan sekitar dan melakukan serangan balik secara verbal maupun fisik pada orang lain; tidak merawat diri sendiri; dan gangguan tidur aupun nafsu makan.

1. Setelah Terjadinya Episode Psikotik Akut.

Biasanya penderita skizofrenia mempunyai gejala-gejala sisa (cemas, curiga, motivasi menurun, kepedulian berkurang, tidak mampu memutuskan sesuatu, menarik diri dari hubungan bersosialisasi dengan lingkungan sekitar, sulit untuk belajar dari pengalaman dan tidak bisa merawat diri sendiri.

# Penatalaksanaan

Terapi Pasien *Skizofrenia*

*Skizofrenia* merupakan gangguan yang bersifat kronis sehingga untuk pengobatannya memerlukan waktu yang panjang. Ada berbagai macam terapi yang bisa kita berikan pada pasien *skizofrenia.* Hal ini diberikan dengan kombinasi satu sama lain dengan jangka waktu yang lama. Terapi *skizofrenia* terdiri dari pemberian obat-obatan, psikoterapi dan rehabilitasi. Terapi psikososial pada *skizofrenia* meliputi; terapi keluarga, terapi kelompok, terapi individu, rehabilitasi psikiatri, latihan keterampilan sosial dan manajemen kasus (Hawari, 2001)

1. Farmakoterapi

Pengobatan untuk penderita *skizofrenia* menggunakan obat anti psikotik. Obat antipsikotik dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok atipikal dan kelompok tipikal (Maslim, 2001). Faktor-faktor yang mempengaruhi efek terapeutik obat ini meliputi : usia, perilaku penyalahgunaan zat, kondisi medis,

obat penginduksi enzim, obat yang mengubah *clearence* dan perubahan ikatan dalam protein (Benhard,2007)

* 1. Obat golongan FGA atau tipikal

Obat ini bekerja menghambat jalur dopamin. Neuroleptik yang termasuk golongan ini adalah chlorpomazin, haloperidol,loxapine, dan prolixin. Efek samping golongan ini adalah mulut kering, konstipasi, hipotensi ortostatik, impotensi, kegagalan ejakulasi, Parkinson sindrom, dystonia, amenorrhea, infertilitas dan kegemukan. Clorpomazin memiliki efek antipsikotik yang lemah dan efek sedatif yang kuat. Haloperidol digunakan untuk *skizofrenia* yang kronis dan memiliki efek antipsikotik yang kuat dan efek sedatif yang lemah. Golongan obat ini lebih efektif mengatasi gejala positif dari *skizofrenia* namun kurang efektif untuk gejala negatif. (Saddock and saddock, 2003).

* 1. Obat golongan SGA atau atipikal

Obat ini adalah antipsikotik generasi kedua yang digunakan untuk mengobati kondisi jiwa. Pada gejala positif seperti halusinasi, delusi, dan inkoherensi, dan negatif seperti hilangnya kemauan dan afek serta bicara yang sangat sedikit dapat diatasi dengan lebih baik pada pemberian SGA. Untuk gejala lain seperti penurunan interaksi sosial, ide bunuh diri dan defisit kognitif dapat diatasi lebih baik pula dengan golongan SGA (Pantelis & Lambert, 2003). Hanya saja harga obat-obat yang termasuk dalam SGA jauh lebih mahal dibanding FGA sehingga terkesan keuntungannya hanya sedikit jika dibandingkan dengan harga yang harus dibayar (Leucht S, 2009). Obat ini cenderung untuk memblokir reseptor dalam jalur dopamin otak dan menghambat reseptor serotonin. Antipsikotik atipikal berbeda dari antipsikotik tipikal yang efeknya lebih minimal kecenderungan untuk menyebabkan gangguan ekstrapiramidal pada pasien yang meliputi penyakit gerakan parkinsonisme, kekakuan tubuh dan tremor tak terkontrol. Gerakan-gerakan tubuh yang abnormal bisa menjadi permanen obat bahkan setelah antipsikotik dihentikan. Beberapa contoh obat golongan ini adalah Clozapine, Risperidon,

Amisulpride. Clozapine umumnya dipertimbangkan untuk pasien yang telah gagal terapi.

1. Non Farmakoterapi

Beberapa jenis pengobatan yang tidak menggunakan obat-obatan yaitu:

* 1. ECT (*Electro Convulsive Therapy*)

Dikatakan penggunaan ECT dengan pengobatan entipsikotik akan lebih efektif (Sadock & Sadock, 2007).

* 1. Terapi Berorientasi Keluarga

Karena pasien dikembalikan dalam keadaan remiten, maka penting untuk mengedukasi keluarga bagaimana cara mengatasi masalah-masalah yang dapat timbul dari pasien. (Sadock & Sadock, 2007)

# Konsep Halusinasi

* + 1. **Definisi Halusinasi**

Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan sensori persepsi serta merasakan stimulus atau sensasi palsu baik berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penciuman yang sebetulnya tidak ada (Yusuf, Fitriyasari & Nihayati, 2015).

Menurut Keliat, (2011) dalam Zelika, (2015) halusinasi adalah salah satu gejala gangguan sensori persepsi yang dialami oleh pasien gangguan jiwa. Pasien merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduan tanpa stimulus yang nyata.

Menurut Pambayung (2015) halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar)

Berdasarkan beberapa pendapat diatas, yang dimaksud dengan halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dimana klien mempersepsikan sesuatu melalui panca indera yang sebenarnya palsu atau tidak ada. Halusinasi berbeda dengan ilusi, dimana klien mengalami persepsi yang salah terhadap stimulus, salah persepsi pada halusinasi terjadi tanpa adanya stimulus eksternal yang terjadi, stimulus internal dipersepsikan sebagai sesuatu yang nyata ada oleh klien.

# Etiologi

Menurut Stuart dan Laraia (2001) dalam Pambayun (2015), faktor-faktor yang menyebabkan klien gangguan jiwa mengalami halusinasi adalah sebagai berikut :

1. Faktor Predisposisi
   1. Faktor genetik

Secara genetik, skizofrenia diturunkan melalui kromosom-kromosom tertentu. Namun demikian, kromosom ke berapa yang menjadi faktor penentu gangguan ini sampai sekarang masih dalam tahap penelitian. Anak kembar identik memiliki kemungkinan mengalami skizofrenia sebesar 50% jika salah satunya mengalami skizofrenia, sementara jika dizigote, peluangnya sebesar 15%. Seorang anak yang salah satu orang tuanya mengalami skizofrenia berpeluang 15% mengalami skizofrenia, sementara bila kedua orang tuanya skizofrenia maka peluangnya menjadi 35%.

* 1. Faktor neurobiologis

Klien skizofrenia mengalami penurunan volume dan fungsi otak yang abnormal. Neurotransmitter juga ditemukan tidak normal, khususnya dopamin, serotonin, dan glutamat.

* + 1. Studi neurotransmitter

Skizofrenia diduga juga disebabkan oleh adanya ketidakseimbangan neurotransmitter. Dopamin berlebihan, tidak seimbang dengan kadar serotonin.

* + 1. Teori virus

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

* 1. Psikologis

Beberapa kondisi psikologis yang menjadi faktor predisposisi skizofrenia antara lain anak yang diperlakukan oleh ibu yang pencemas, terlalu melindungi, dingin, dan tak berperasaan, sementara ayah yang mengambil jarak dengan anaknya.

1. Faktor Presipitasi
   1. Berlebihannya proses informasi pada sistem saraf yang menerima dan memproses informasi di thalamus dan frontal otak.
   2. Mekanisme penghantaran listrik di syaraf terganggu.
   3. Kondisi kesehatan, meliputi : nutrisi kurang, kurang tidur, ketidakseimbangan irama sirkadian, kelelahan, infeksi, obat-obat sistem syaraf pusat, kurangnya latihan, hambatan untuk menjangkau pelayanan kesehatan.
   4. Lingkungan, meliputi : lingkungan yang memusuhi, krisis masalah di rumah tangga, kehilangan kebebasan hidup, perubahan kebiasaan hidup, pola aktivitas sehari-hari, kesukaran dalam hubungan dengan orang lain, isolasi social, kurangnya dukungan sosial, tekanan kerja, kurang ketrampilan dalam bekerja, stigmatisasi, kemiskinan, ketidakmampuan mendapat pekerjaan.
   5. Sikap/perilaku, meliputi : merasa tidak mampu, harga diri rendah, putus asa, tidak percaya diri, merasa gagal, kehilangan kendali diri, merasa punya kekuatan berlebihan, merasa malang, bertindak tidak seperti orang lain dari segi usia maupun kebudayaan, rendahnya kernampuan sosialisasi, perilaku agresif, ketidakadekuatan pengobatan, ketidakadekuatan penanganan gejala.

# Rentang Respon Halusinasi

Rentang respons neurobiologi yang paling adaptif adalah adanya pikiran logis dan terciptanya hubungan sosial yang paling harmonis. Rentang respon yang paling maladaptive adalah adanya waham, halusianasi, termasuk isolasi sosial atau menarik diri. Jika klien yang sehat persepsinya akurat, mampu mengidentifisikan dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indera (pendengaran, pengelihatan, penciuman, pengecapan dan perabaan), pada klien dengan masalah halusinasi mempersepsikan suatu stimulus panca indera walaupun stimulus tersebut tidak ada. Diantara kedua respon tersebut adalah respon individu yang karena suatu hal mengalami kelainan persensif yaitu salah mempersepsikan stimulus yang diterimanya, yang tersebut sebagai ilusi. Klien mengalami jika interpresentasi

yang dilakukan terhadap stimulus panca indera tidak sesuai stimulus yang diterimanya (Yusuf, Fitriyasari & Nihayati, 2015).

Berikut adalah gambaran rentang respons neurobiology:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Respon Adaptif** |  | **Respon Maladaptif** |
| Pikiran logis | Distorsi pikiran | Gangguan pikir / delusi |
| Persepsi akurat | Ilusi | Halusinasi |
| Emosi konsisten dengan pengalaman | Reaksi emosi berlebihan atau kurang | Perilaku disorganisasi  Isolasi social |
| Perilaku sesuai  Hubungan social | Perilaku aneh dan tidak biasa |  |
|  | Menarik diri |  |

**Gambar 2.1** Rentang Respon Neurobiologis Sumber: Damaiyanti & Iskandar. 2012

# Klasifikasi Halusinasi

Menurut Yusuf, Fitriyasari & Nihayati (2015) klasifikasi halusinasi antara lain :

1. Halusinasi dengar atau suara

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. Data Subjektif
     1. Mendengar suara-suara atau kegaduhan
     2. Mendengar suara-suara yang mengajak bercakap-cakap\
     3. Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
  2. Data Objektif
     1. Bicara atau tertawa sendiri
     2. Marah-marah tanpa sebab
     3. Mengarahkan telinga kearah tertentu
     4. Menutup telinga

1. Halusinasi penglihatan

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. Data Subjektif
     1. Mengihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster
  2. Data Objektif
     1. Menunjuk-nunjuk kea rah tertentu
     2. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas

1. Halusinasi Penciuman

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. Data Subjektif
     1. Mencium bau-bauan seperti bau darah, urine, feses, dan terkadang bau yang menyenangkan
  2. Data Objektif
     1. Mencium seperti sedang membaui bau-bauan tertentu
     2. Menutup hidung

1. Halusinasi Pengecapan

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

* 1. Data Subjektif
     1. Merasakan rasa yang tidak mengenakan seperti darah, urine atau feses.
  2. Data Objektif
     1. Sering meludah
     2. Muntah

1. Halusinasi Perabaan

Karakteristik ditandai dengan adanya rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat.

* 1. Data Subjektif
     1. Mengatakan ada serangga di permukaan kulit
     2. Merasa seperti tersengat listrik
  2. Data Objektif
     1. Menggaruk-garuk permukaan kulit

# Manifestasi Klinis

Beberapa tanda dan gejala perilaku halusinasi adalah tersenyum atautertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, bicarasendiri,pergerakan mata cepat, diam, asyik dengan pengalamansensori,kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realitas rentangperhatian yang menyempit hanya beberapa detik atau menit, kesukaranberhubungan dengan orang lain, tidak mampu merawat diri,perubahan

**Tabel 2.1** Tanda dan Gelaja Halusinasi berdasarkan jenis Halusinasi, Stuart & Sudden, (1998) dalam Yusalia (2015).

|  |  |
| --- | --- |
| **Jenis Halusinasi** | **Karakteristik Tanda dan Gejala** |
| Pendengaran  Penglihatan  Penciuman  Pengecapan Perabaan | Mendengar suara-suara / kebisingan, paling sering suara kata yang jelas, berbicara dengan klien bahkan sampai percakapan lengkap antara dua orang yang mengalami halusinasi. Pikiran yang terdengar jelas dimana klien mendengar perkataan bahwa pasien disuruh untuk melakukan sesuatu kadang-kadang dapat membahayakan.  Stimulus penglihatan dalam kilatan cahaya, gambar giometris, gambar karton dan atau panorama yang luas dan komplek. Penglihatan dapat berupa sesuatu yang menyenangkan /sesuatu yang menakutkan seperti monster.  Membau bau-bau seperti bau darah, urine, fases umumnya baubau yang tidak menyenangkan. Halusinasi penciuman biasanya sering akibat stroke, tumor, kejang / dernentia.  Merasa mengecap rasa seperti rasa darah, urine, fases.  Mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang |

|  |  |
| --- | --- |
| Sinestetik  Kinestetik | jelas rasa tersetrum listrik yang datang dari tanah, benda mati atau orang lain.  Merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah divera (arteri), pencernaan makanan.  Merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak |

# Fase Halusinasi

Halusinasi yang dialami oleh klien bisa berbeda intensitas dan keparahannya Stuart & Sundeen, (2006) dalam Bagus, (2014), membagi fase halusinasi dalam 4 fase berdasarkan tingkat ansietas yang dialami dan kemampuan klien mengendalikan dirinya. Semakin berat fase halusinasi, klien semakin berat mengalami ansietas dan makin dikendalikan oleh halusinasinya.

**Tabel 2.2** Tahapan Halusinasi (Damaiyanti & Iskandar, 2012)

|  |  |
| --- | --- |
| **Tahapan Halusinasi** | **Karakteristik** |
| Stage I **: Sleep disorder**  Fase awal seseorang sebelum muncul halusinasi | Klien merasa banyak masalah, ingin menghindari dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karena berbagai stressor terakumulasi sedangkan *support* sistem kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur berlangsung terus-menerus sehingga terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunan-lamunan awal tersebut sebagai pemecahan masalah. |
| Stage II : **Comforting**  Halusinasi secara umum ia terima sebagai sesuatu yang alami. | Klien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Sensorinya dapat di kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya. |
| Stage III : **Condemning**  Secara umum halusinasi sering mendatangi klien. | Pengalaman sensori klien menjadi sering datang dan mengalami bias. Klien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan klien mulai menarik diri dari orang lain, dengan intensitas waktu yang lama. |
| Stage IV : **Controlling Severe Level of Anxiety** | Klien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Klien dapat merasakan |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tahapan Halusinasi** | **Karakteristik** |
| Fungsi sensoti menjadi tidak relevan dengan kenyataan. | kesepian bila halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik. |
| Stage V : **Conquering Panic Level Of Anxiety**  Klien mengalami gangguan dalam menilai  lingkungannya. | Pengalaman sensorinya terganggu. Klien mulai terasa terancam dengan datangnya suara-suara atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal empat jam atau seharian bila klien tidak mendapatkan komunikasi terapeurik. Terjadi gangguan psikotik berat. |

# Penatalaksanaan Halusinasi

Menurut Keliat (2011) dalam Pambayun (2015), tindakan keperawatan untuk membantu klien mengatasi halusinasinya dimulai dengan membina hubungan saling percaya dengan klien. Hubungan saling percaya sangat penting dijalin sebelum mengintervensi klien lebih lanjut. Pertama-tama klien harus difasilitasi untuk merasa nyaman menceritakan pengalaman aneh halusinasinya agar informasi tentang halusinasi yang dialami oleh klien dapat diceritakan secara konprehensif. Untuk itu perawat harus memperkenalkan diri, membuat kontrak asuhan dengan klien bahwa keberadaan perawat adalah betul-betul untuk membantu klien. Perawat juga harus sabar, memperlihatkan penerimaan yang tulus, dan aktif mendengar ungkapan klien saat menceritakan halusinasinya. Hindarkan menyalahkan klien atau menertawakan klien walaupun pengalaman halusinasi yang diceritakan aneh dan menggelikan bagi perawat. Perawat harus bisa mengendalikan diri agar tetap terapeutik.

Setelah hubungan saling percaya terjalin, intervensi keperawatan selanjutnya adalah membantu klien mengenali halusinasinya (tentang isi halusinasi, waktu, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi, dan perasaan klien saat halusinasi muncul). Setelah klien menyadari bahwa halusinasi yang dialaminya adalah masalah yang harus diatasi, maka selanjutnya klien perlu dilatih bagaimana cara yang bisa dilakukan dan

terbukti efektif mengatasi halusinasi. Proses ini dimulai dengan mengkaji pengalaman klien mengatasi halusinasi. Bila ada beberapa usaha yang klien lakukan untuk mengatasi halusinasi, perawat perlu mendiskusikan efektifitas cara tersebut. Apabila cara tersebut efektif, bisa diterapkan, sementara jika cara yang dilakukan tidak efektif perawat dapat membantu dengan cara-cara baru.

Menurut Keliat (2011) dalam Pambayun (2015), ada beberapa cara yang bisa dilatihkan kepada klien untuk mengontrol halusinasi, meliputi:

1. Menghardik halusinasi.

Halusinasi berasal dari stimulus internal. Untuk mengatasinya, klien harus berusaha melawan halusinasi yang dialaminya secara internal juga. Klien dilatih untuk mengatakan,”tidak mau dengar…, tidak mau lihat”. Ini dianjurkan untuk dilakukan bila halusinasi muncul setiap saat. Bantu pasien mengenal halusinasi, jelaskan cara-cara kontrol halusinasi, ajarkan pasien mengontrol halusinasi.

1. Menggunakan obat.

Salah satu penyebab munculnya halusinasi adalah akibat ketidakseimbangan neurotransmiter di syaraf (dopamin, serotonin). Untuk itu, klien perlu diberi penjelasan bagaimana kerja obat dapat mengatasi halusinasi, serta bagairnana mengkonsumsi obat secara tepat sehingga tujuan pengobatan tercapai secara optimal. Pendidikan kesehatan dapat dilakukan dengan materi yang benar dalam pemberian obat agar klien patuh untuk menjalankan pengobatan secara tuntas dan teratur.

Keluarga klien perlu diberi penjelasan tentang bagaimana penanganan klien yang mengalami halusinasi sesuai dengan kemampuan keluarga. Hal ini penting dilakukan dengan dua alasan. Pertama keluarga adalah sistem di mana klien berasal. Pengaruh sikap keluarga akan sangat menentukan kesehatan jiwa klien. Klien mungkin sudah mampu mengatasi masalahnya, tetapi jika tidak didukung secara kuat, klien bisa mengalami kegagalan, dan halusinasi bisa kambuh lagi. Alasan kedua, halusinasi sebagai salah satu gejala psikosis bisa berlangsung lama (kronis), sekalipun klien pulang ke rumah, mungkin masih mengalarni halusinasi. Dengan mendidik keluarga tentang cara penanganan halusinasi, diharapkan keluarga dapat menjadi

terapis begitu klien kembali ke rumah. Latih pasien menggunakan obat secara teratur.

Jenis-jenis obat yang biasa digunakan pada pasien halusinasi adalah:

* 1. Clorpromazine ( CPZ, Largactile ), Warna : Orange

*Indikasi:*

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

*Cara pemberian:*

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

*Kontra indikasi:*

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

Efek samping:

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

* 1. Haloperidol ( Haldol, Serenace ), Warna : Putih besar

*Indikasi:*

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

*Cara pemberian:*

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

*Kontra indikasi:*

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

Efek samping:

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

* 1. Trihexiphenidyl ( THP, Artane, Tremin ), Warna: Putih kecil

*Indikasi:*

Untuk penatalaksanaan manifestasi psikosa khususnya gejala skizofrenia.

*Cara pemberian:*

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

*Kontra indikasi:*

Pada depresi susunan syaraf pusat yang hebat, hipersensitif terhadap fluphenazine atau ada riwayat sensitif terhadap phenotiazine. Intoksikasi biasanya terjadi gejala – gejala sesuai dengan efek samping yang hebat. Pengobatan over dosis ; hentikan obat berikan terapi simtomatis dan suportif, atasi hipotensi dengan levarteronol hindari menggunakan ephineprine ISO, (2008) dalam Pambayun (2015).

1. Berinteraksi dengan orang lain.

Klien dianjurkan meningkatkan keterampilan hubungan sosialnya. Dengan meningkatkan intensitas interaksi sosialnya, kilen akan dapat memvalidasi persepsinya pada orang lain. Klien juga mengalami peningkatan stimulus eksternal jika berhubungan dengan orang lain. Dua hal ini akan mengurangi fokus perhatian klien terhadap stimulus internal yang menjadi sumber halusinasinya. Latih pasien mengontrol halusinasi dengan cara kedua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain:

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

# POHON MASALAH

Dari masalah tersebut diatas dapat disusun pohon maslah sebagai berikut (Keliat,

B. A.,Akemat, 2011):

**EFEK** Resiko mencederai diri sendiri, Orang lain, dan lingkungan



**C.P** Perubahan persepsi sensori : Defisit Perawatan diri

:

Halusinas pendengaran Mandi/Kebersihan diri,berpakaian/berhias



**ETIOLOGI** Kerusakan interaksi sosial : Intoleransi aktifitas Menarik diri

Gangguan konsep diri :

Harga diri rendah

# Dengan pohon masalah :

Resiko tinggi perilaku kekerasan Waham ***(effect)***

Perubahan persepsi sensori: Halusinasi ***(core problem)***

↑

Isolasi Sosial ***(causa)*** resiko bunuh diri

↑ ↑

Harga diri rendah kronis → koping individu tidak efektif

# MASALAH KEPERAWATAN DAN DATA YANG PERLU DIKAJI

1. **Masalah Keperawatan**

Berdasarkan pohon masalah, masalah keperawatan yang diangkat menurut Damaiyanti & Iskandar (2012), diantaranya:

* 1. Harga diri rendah kronik;
  2. Koping individu tidak efektif;
  3. Isolasi sosial.

# Data Yang Perlu Dikaji

Data yang perlu dikaji menurut Yusuf, Fitriyasari & Nihayati (2015), diantaranya:

* 1. Faktor predisposisi
     1. Faktor perkembangan

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

* + 1. Faktor sosial budaya

Perasaan seperti disingkirkan atau kesepian, selanjutnya tidak dapat diatasi sehingga timbul delusi dan halusinasi.

* + 1. Faktor psikologis

Hubungan interpersonal tidak harmonis dan peran ganda atau peran yang bertentangan dapat menimbulkan ansietas yang berakhir dengan pengingkaran terhadap kenyataan, sehingga terjadi halusinasi.

* + 1. Faktor biologis

Struktur otak yang abnormal.

* + 1. Faktor genetia

Keluarga yang memiliki riawayat skizofrenia.

* 1. Faktor presipitasi
     1. Stressor sosial budaya

Penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang penting, atau diasingkan dari kelompok dapat meningkatkan stress dan kecemasan sehingga timbulnya halusinasi.

* + 1. Faktor biokimia

Dopamin, neropinetrin, indolamin, serta zat halusigenik diduga berkaitan dengan gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi.

* + 1. Faktor psikologis

Intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah memungkinkan berkembangnya gangguan orientasi realitas.

* + 1. Perilaku.

Gangguan orientasi realitas berkaitan dengan perubahan proses pikir, afektif persepsi, motorik dan sosial.

# DIAGNOSA KEPERAWATAN

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi

# RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Tujuan:

* + - 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya.
      2. Klien dapat mengenali jenis halusinasinya.
      3. Klien dapat mengontrol halusinasinya.
      4. Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi.
      5. Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik.

**Tabel 2.3** Rencana Keperawatan HargaGangguan Persepsi Sensori: Halusinasi (Damaiyanti & Iskandar, 2012)

|  |  |
| --- | --- |
| **KLIEN** | **KELUARGA** |
| **SP1P** | **SP1K** |
| 1. Mengidentifikasi jenis halusinasi klien 2. Mengidentifikasi isi halusinasi klien 3. Mengidentifikasi waktu halusinasi klien 4. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien 5. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi 6. Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi 7. Mengajarkan klien menghardik halusinasi 8. Menganjurkan klien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian | 1. Mendiskusikan maslah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien 2. Menjelaskan pengertian, tand gejala dan jenis halusinasi yang dialami klien beserta proses terjadinya 3. Menjelaskan cara-cara merawat klien halusinasi |
| **SP2P** | **SP2K** |
| 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan oang lain 3. Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal   kegiatan harian | 1. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat klien dengan halusinasi 2. Melatih keluarga melakukan cara   merawat langsung kepada klien halusinasi |
| **SP3P** | **SP3K** |
| 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan yang biasa dilakukan klien 3. Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal   kegiatan harian | 1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat 2. Menjelaskan follow up klien setelah pulang |
| **SP4P** |  |
| 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratut 3. Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal   kegiatan harian. |  |

# BAB 3 TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan Gangguan persepsi sensori: Halusinasi, maka penulis mengajukan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 03/12/19 dengan data pengkajian pada tanggal 03/12/19. Anamnesa di peroleh dari pasien dan file No. Register 05-xx-xx.

# 3.1 Pengkajian

FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA RS. JIWA DAERAH MENUR SURABAYA

**RUANG RAWAT :** Wijaya Kusuma **TANGGAL RAWAT:** 22/11/2019

# IDENTITAS KLIEN

P

Inisial : Ny. M L/ Tanggal Pngkajian : 03/12/2019

Umur : 58 tahun RM No. : 05-xx-xx Informan : Klien dan Petugas Kesehatan

# ALASAN MASUK

Saat pengkajian awal masuk klien mengatakan merasa ada yang membicarakannya, suka keluyuran dan minta-minta ke tetangga.

Saat pengkajian: klien mengatakan sering marah-marah karena mendengar suara seperti orang Madura “buang aja di laut biar jadi ikan” saat klien sendiri dan biasanya muncul pada sore hari. klien mengatakan saat mendengar suara tersebut pasien merasa ketakutan dan menutup telinganya dengan bantal.

# FAKTOR PREDISPOSISI

**√**

* 1. **Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu?** Ya Tidak

31

# Pengobatan sebelumnya

Tidak berhasil

Berhasil

Kurang berhasil

* 1. **Pengalaman** Pelaku Usia Korban Usia Saksi Usia Aniaya fisik

**√**

Aniaya seksual Penolakan

Kekerasan dalam keluarga Tindakan kriminal

Jelaskan No. 1, 2, 3 : klien mengatakan pernah masuk ke RSJ Menur pada bulan November 2019 karna kurangnya dukungan keluarga dan kontrol ke poli jiwa sehingga pada tanggal 22/11/2019 klien masuk RSJ Menur.

# Masalah Keperawatan : Regimen Terapi Inefektif.

* 1. **Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ?**

Ya Tidak

**√**

Hubungan keluarga Gejala Riwayat pengobatan/perawatan Tidak ada tidak ada tidak ada

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan.

# Pengalaman masa lalu yang tidak menenangkan

klien mengatakan sakit hati dengan suaminya karena dicerai, klien mengatakan sering dimarahi mertuanya

**Masalah Keperawatan :** Distress masa lalu

# FISIK

* 1. Tanda Vital : TD : 120/90 mmHg N : 90 x/menit S : 36,3 oC P :21 x/menit
  2. Ukur : TB : 147 cm BB : 59,5 kg
  3. Keluhan Fisik Ya Tidak



Jelaskan : Klien mengatakan lututnya sakit saat dibuat berjalan, Pengkajian nyeri : P: Osteroatritis, Q: Cekot – Cekot, R: Lutut Kanan, S: 4 (0-10), T: Saat berjalan.

**Masalah Keperawatan** : Nyeri Akut

# PSIKOSOSIAL

* 1. **Genogram**

Jelaskan : klien mengatakan bahwa dia adalah anak ke 5 dari 8 bersaudara, klien mengatakan bahwa dia tinggal bersama kakak perempuan yang ke-2. Klien mengatakan tidak memiliki anak dan sudah bercerai dengan suaminya.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan.

# Konsep diri :

* + 1. Gambaran diri :

klien mengatakan paling suka pada rambutya, dan suka menyisir rambut

* + 1. Identitas diri :

Klien dapat menyebutkan namanya Ny. M, Jenis kelamin Perempuan dan umurnya 58 tahun.

* + 1. Peran diri :

Klien mengatakan ia berperan sebagai seorang istri

* + 1. Ideal diri :

Klien mengatakan tidak bisa berperan sebagai seorang istri karena sudah bercerai dengan suaminya.

* + 1. Harga diri :

klien mengatakan malu dengan keadaannya saat ini karena merasa tidak berguna

**Masalah Keperawatan :** penampilan peran tidak efektif

# Hubngan Sosial :

* 1. Orang yang berarti :

Klien mengatakan, mempunya teman dekat selama di RS bernama Siti

* 1. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat :

Klien mengatakan saat dirumah ia selalu mengikuti kegiatan pengajian dan selama di RS selalu mengikuti kegiatan yang telah disusun didalam ruangan dan tampak aktif dalam kegiatan TAK

* 1. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

Klien tidak memilik hambatan berhubungan dengan orang lain

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

# Spiritual :

* 1. Nilai dari keyakinan : Pasien mengatakan dirinya seorang muslim
  2. Kegiatan Ibadah : Pasien mengatakan ingin sholat namun pasien tidak melakukannya

**Masalah Keperawatan :** Distrees Spiritual.

# GENOGRAM :

Keterangan :

: Laki – laki

: Perempuan

: Meningal

: Klien

58

# STATUS MENTAL

* 1. **Penampilan**

Tidak rapi Penggunaan pakaian Cara berpakaian tidak tidak sesuai seperti biasanya

Jelaskan : klien berpenampilan rapi, baju rapi sesuai dengan baju yang seharusnya dipakai di RS, rambut klien selalu disisir.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan.

# Pembicaraan

Cepat Keras Gagap Inkoberen

Apatis

Lambat

Membisu

Tidak memulai pembicaraan.



Jelaskan : Pasien menjawab pertanyaan perawat dengan suara jelas, lambat dan nyambung

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan.

# Aktivitas Motorik

Lesu Tegang Gelisah Agitasi

Tik

Grimasing

Tremor

Kompulsif

Jelaskan : Klien kooperatif, selalu mengikuti kegiatan sehari-hari.

**Masklah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan.

# Alam Perasaan

Sedih

Ketakutan



Putus asa

Khawatir

Gembira berlebihan

Jelaskan : klien terlihat ketakutan saat halusinasinya muncul.

# Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori

* 1. **Afek**

Datar

Tumpul Labil Tidak sesuai

**√**

Jelaskan : Ekspresi klien berubah saat ditanya tentang keluarga dan suaminya

# Masalah Keperawatan : kerusakan komunikasi

* 1. **Interaksi selama wawancara**

Bermusuhan

Tidak Kooperatif

Mudah tersinggung

Kontak mata kurang

Defensi

Curiga

Jelaskan : klien kooperatif, mau menjawab pertanyaan ada kontak mata.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan.

# Persepsi Halusinasi



Pendengaran Penglihatan Perabaan Pengecapan Pembauan

Jelaskan : klien mengatakan sering marah-marah karena mendengar suara seperti orang Madura “buang aja di laut biar jadi ikan” saat klien sendiri dan biasanya muncul pada sore hari. klien mengatakan saat mendengar suara tersebut klien merasa ketakutan dan menutup telinganya dengan bantal sehingga klien berada pada fase 3.

**Masalah Keperawatan :** Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran

# Proses Pikir

√

Sirkumstansi Tangensial Kehilangan asosiasi

Fligh of idea

Blocking

Pengulangan pembicaraan

Jelaskan : klien diajak berbicara berbelit belit tapi sampai pada tujuan.

**Masalah Keperawatan :** Gangguan Proses Pikir

# Isi Pikir

Obsesi Fobia Hipokodria

Depersonalisasi

# Waham

Ide ang terkait

Pikiran magis

Agama

Somatik

Kebesaran

Curiga

Nihilistik

Sisip pikir

Siap pikir

Kontrol pikir

Jelaskan : Pembicaraan klien realistis

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan.

# Tingkat kesadaran

Bingung Sedasi Stupor

# Disorientasi

Waktu Tempat Orang

Jelaskan : saat dikaji klien sadar kalau saat ini sedang ada di RSJ Menur, klien dapat menyebutkan namanya.

**Masalah Keperawatan :** tidak ada masalah keperawatan

# Memori

Gangguan daya ingat jangka panjang Gangguan daya ingat Gangguan daya ingat jangka pendek Konfabulasi

Jelaskan : klien dapat mengingat kejadian masalalu, klien dapat menyebutkan anggota keluarganya.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

# Tingkat konsentrasi dan berhitung

Mudah beralih Tidak mampu berkonsentasi Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan : klien saat dikaji mampu berinteraksi dan berhitung dari angka 1-20.

**Masalah Keperawatan :** Tidak Ada Masalah Keperawatan

# Kemampuan penilaian

Gangguan ringan

gangguan bermakna

**√**

Jelaskan : saat pengkajian klien mengatakan menyakini apa yang di dengar adalah sesuatu yang nyata.

**Masalah Keperawatan :** perubahan proses pikir

# Daya tilik diri

Mengingkari penyakit yang diderita Menyalahkan hal-hal diluar

dirinya

Jelaskan : Klien menyadari bahwa dirinya gila dan berada di RSJ Menur

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

# KEBUTUHAN PULANG

* 1. Kemampuan klien memenuhi/ menyediakan kebutuhan :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ya | Tidak |  | Ya | Tidak |
| Makanan |  | **√** | Pakaian | **√** |  |
| Keamanan |  | **√** | Transportasi |  | **√** |
| Perawatan Kes |  | **√** | Tempat tinggal | **√** |  |
| Uang |  | **√** |  |  |  |

Jelaskan : klien tidak mampu menyediakan kebutuhan pulang seperti makanan, keamanan, perawatan kesehatan, pakaian, transportasi tidak, klien tinggal dengan kakaknya, klien tidak bekerja sehingga tidak dapat menyediakan uang sendiri.

**Masalah Keperawatan :** ketidakpatuhan penatalaksanaan regimen

terapuetik

# Kegiatan hidup sehari-hari :

* + 1. **Perawatan diri**

Bantuan Bantuan Bantuan Bantuan

Minimal total minimal total Mandi BAK/BAB

Kebersihan Ganti pakaian Makan

Jelaskan : klien mampu mandiri dalam melakukan kegiatan perawatan diri seperti mandi, makan, kebersihan, BAB, BAK, dan ganti pakaian

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

# Nutrisi

* Apakah anda puas dengan pola makan ?
* Apakah anda makan memisahkan diri?

Ya Tidak

**√**

**√**

Jika Ya, jelaskan alasannya ? pasien mengatakan puas dan kenyang tiap kali makan, pasien selalu makan di atas tempat tidur.

* Frekuensi makan sehari ? 3 kali
* Frekuensi udapan sehari ? 1 kali

Meningkat Menurun Berlebih Sedikit

* Nafsu makan
* Diet Khusus : Diit DM
* BB tertinggi : 60 kg

BB terendah : 52 kg

Jelaskan : pasien merasa puas saat makan dan merasa kenyang, nafsu makan pasien seperti biasanya baik, pasien memiliki riwayat DM sehingga diberikaan diit DM rendah gulah

# Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

* + 1. **Tidur**
* Apakah ada masalah ?
* Apakah anda merasa segar setelah bangun tidur
* Apakah kebiasaan tidur siang ?

Ya Tidak

**√**

Lamanya :1-2 jam

* Apa yang menolong anda untuk tidur ? klien mengatakan tidak ada

**√**

* Waktu tidur malam : jam 20.00 WIB waktu bangun : jam 04.00 WIB

Beri tanda V sesuai dengan keadaan klien

* Sulit untuk tidur Terbangun saat tidur
* Bangun terlalu pagi Gelisah saat tidur
* Semnabolisme Berbicara dalam tidur

Jelaskan : klien mengatakan tidak ada masalah selama tidur. klien merasa segar setelah bangun tidur dan memiliki kebiasaan tidur siang, saat tidur malam klien mengatakan tidur pukul 20.00 WIB sampai pukul 04.00 WIB pagi. klien mengatakan tidak mengalami kesulitan tidur maupun bangun tidur.

**Masalah Keperawatan :** tidak ada masalah Keperawatan

# Kemampuan Klien dalam

* Mengantisipasi kebutuhan sendiri
* Membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri

**√**

* Mengatur penggunaan obat
* Melakukan pemeriksaan kesehatan (follow u

Ya Tidak

**√**

**√**

**√**

Jelaskan : klien mampu memenuhi kebutuhan sendiri , membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri, klien patuh untuk minum obat dan ttv **Masalah Keperawatan :** tidak ada masalah keperawatan

# Klien memiliki sistem pendukung

Ya Tidak Ya Tidak

**√**

**√**

Keluarga Profesional / terapis

Teman sejawat Kelompok Sosial

Jelaskan : pasien mengatakan tidak ada keluarga yang mendukung agar cepat pulang, pasien juga mengatakan bahwa yang mendukung adalah dokter, perawat dan teman dekat pasien selama di RSJ menur yaitu Ny S **Masalah Keperawatan :** tidak ada masalah Keperawatan

**√**

**√**

# Apakah klien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan atau hobi ? Tidak

Jelaskan : pasien mengatakan tidak pernah bekerja sebelumnya

**Masalah Keperawatan :** tidak ada masalah Keperawatan

# MEKANISME KOPING

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adaptif** |  | **Maladatif** |
| Bicara dengan orang lain |  | Minum alkohol |
| Mampu menyelesaikan masalah | **√** | Reaksi lambat/ berlebih |
| Teknik relokasi |  | Bekerja berlebihan |
| Aktivitas kosntruktif |  | Menghindar |
| Olahraga |  | Mencederai diri |
| Lainnya : | **√** | Lainnya: takut, gelisah |

**Masalah Keperawatan : koping tidak efektif**

1. **MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN**

- Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik : klien mengatakan ada dukungan dari kakaknya

* Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik : klien mengatakan dapat berinteraksi dengan temannya selama di RSJ Menur dan memiliki hubungan yang baik dengan lingkungannya.
* Masalah dengan Pendidikan, spesifik : klien mengatakan lulusan sma
* Masalah dengan pekerjaan, spesifik : klien mengatakan tidak bekerja
* Masalah dengan perumahan, spesifik: klien mengatakan tinggal dengan kakaknya,
* Masalah ekonomi, spesifik : klien mengatakan segala kebutuhannya terpenuhi oleh kakaknya
* Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik : klien mengatakan sudah berulang-ulangmasuk RSJ Menur.
* Masalah lainnya, spesifik : masalah dengan keluarga :klien mengatakan dirinya sering dimarahi oleh mertua dan suaminya sebelum bercerai.

**Masalah Keperawatan :** Tidak Ada Masalah keperawatan

# PENGETAHUAN KURANG TENTANG

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **√** | Penyakit jiwa |  | Sistem pendukung |
| **√** | Faktor presipitasi | **√** | Penyakit fisik |
| **√** | Koping | **√** | Obat-obatan |
|  | Lainnya : |  |  |

**Masalah Keperawatan : Defisit pengetahuan**

1. **DATA LAIN LAIN :**

Dari hasil pemeriksaan Laboratorium pada tanggal 23/11/2019 :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| JENIS PEMERIKSAAN | HASIL | NILAI NORMAL |
| WBC | 7,5 | 4,8-10,8 |
| RBC | 3,19 | 4,2-6,1 |
| HGB | 8,7 | 12-18 |
| HCT | 26,9 | 37-52 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PLT | 341 | 150-450 |
| LED | 95-117 mm/jam |  |
| GDP | 243 | 75-115 |
| CREAT | 1,1 | 0,6-1,2 |
| BUN | 17,3 | 4,5-23 |

# ASPEK MEDIK

* Diagnosa Medik F.20 ( Skizofrenia Paranoid)
* Terapi Medik :

|  |  |
| --- | --- |
| JENIS OBAT | DOSIS |
| Diamicron MR (60mg) kapsul Haloperidol CPZ (50mg)  Kapsul Diaz Acarbose (100mg) THD 2mg Neobiagon Haloperidol 5mg CPZ 100mg  Risperidon 2mg Clonazepam 2mg | 0-0-1  2x1 2x1 3x1 0-1-1  2x1 3x2  3x1 kapsul 3x1  2x1 2x1 |

# DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

* 1. Distress masa lalu
  2. Nyeri akut
  3. Distress spiritual
  4. Perubahan proses pikir
  5. Disorientasi waktu dan orang
  6. Kerusakan komunikasi

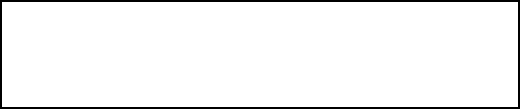


* 1. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
  2. Koping tidak efektif
  3. Defisit pengetahuan

# DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

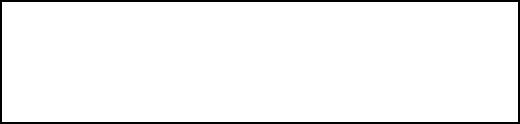
* 1. gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
  2. Koping tidak efektif
  3. Resiko menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan

POHON MASALAH



RESIKO MENCEDERAI DIRI SENDIRI DAN ORANG LAIN





GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI

ISOLASI SOSIAL



KOPING TIDAK EFEKTIF

HARGA DIRI RENDAH

# ANALISA DATA

**NAMA:** Ny. M **NIRM:** 0606xx **RUANGAN:** Wijaya Kusuma

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TGL** | **DATA** | **ETIOLOGI** | **MASALAH** | **T.T** |
| 03/12/19  09.00 | DS:  pasien mengatakan sering marah-marah karena mendengar suara seperti orang Madura “buang aja di laut biar jadi ikan” saat pasien sendiri dan biasanya muncul pada sore hari. Pasien mengatakan saat  mendengar suara  tersebut pasien merasa ketakutan dan menutup telinganya dengan bantal.  DO:   * Pasien tampak gelisah * Pasien tampak menutup telinganya dengan bantal | Perubahan persepsi sensori: Hausinasi Pendengaran | Perubahan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran |  |
|  | Koping Individu tidak efektif |  |
| 03/12/19 | Ds : pasien mengatakan bahwa pasien merasa khawatir berlebihan  Do :  - Pasien tidak | Ketidakadekuatan | Koping tidak |  |
| 09.00 | strategi koping | efektif |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | mampu menjalani peran sebagai istri karena pasien seorang janda   * Pasien tidak bisa menggunakan koping yang sesuai * Perilaku pasien tampak gelisah dan takut |  |  |  |
| 03/12/19  09.00 | DS:  pasien mengatakan sering marah-marah karena mendengar suara seperti orang Madura “buang aja di laut biar jadi ikan” saat pasien sendiri dan biasanya muncul pada sore hari. Pasien mengatakan saat  mendengar suara  tersebut pasien merasa ketakutan dan menutup telinganya dengan bantal.  DO:  - Pasien tampak gelisah  - Pasien tidak  bisa menggunakan | Faktor resiko : halusinasi | Risiko Perilaku kekerasan |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | koping yang sesuai |  |  |  |

# RENCANA KEPERAWATAN JIWA

Nama Klien : Ny. M Nama Mahasiswa :

NIRM : Institusi :

Bangsal / Tempat : Wijaya Kusuma

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO.** | **TGL** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **PERENCANAAN** | | | **RASIONAL** |
| **TUJUAN** | **KRITERIA HASIL** | **TINDAKAN KEPERAWATAN** |
| 1. | 3/12/  2019 | Gangguan sensori/ presepsi: Halusinasi | SP 1:   1. Pasien dapat Membina hubungan saling percaya 2. Pasien dapat mengenal halusinasinya | Dengan dilakukan nya SPTK diharapkan gangguan sensori/persepsi  :Halusinasi pasien membaik.  Dengan kriteria hasil :   1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Perilaku halusinasi menurun 3. Perasaan curiga pasien menurun 4. Frekuensi mondar | SP 1 :  a.   * Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik * Sapa pasien dengan ramah * Tanyakan nama lengkap pasien, dan nama panggilan yang disukai * Jelaskan tujuan pertemuan * Tunjukkan sikap empati dan   menerima pasien apa | SP 1:  a. Menjalin |
|  |  |  | kepercayaan pasien |
|  |  |  | terhadap perawat |
|  |  |  | merupakan |
|  |  |  | landasan utama |
|  |  |  | untuk hubungan |
|  |  |  | Selanjutnya |
|  |  |  | b. Untuk mengetahui |
|  |  |  | isi, waktu, |
|  |  |  | frekuensi, situasi |
|  |  |  | dan kondisi |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO.** | **TGL** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **PERENCANAAN** | | | **RASIONAL** |
| **TUJUAN** | **KRITERIA HASIL** | **TINDAKAN KEPERAWATAN** |
|  |  |  |  | mandir pasien menurun  5. Respon sesuai stimulus membaik | adanya  - Beri perhatian pada pasien dan penuhi kebutuhan pasien   1. identifikasi halusinasi pasien 2. Ajarkan kepada pasien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 3. anjurkan pasien   memasukkan cara menghardik halusinasi ke dalam jadwal kegiatan harian pasien halusinasi | yang menimbulkan halusinasi serta  respon dari halusinas  c. Menghardik halusinasi adalah upaya mengendalikan diri yang menimbulkan halusinasi serta  respon dari halusinasi  d.Pasien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau  tidak memedulikan |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO.** | **TGL** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **PERENCANAAN** | | | **RASIONAL** |
| **TUJUAN** | **KRITERIA HASIL** | **TINDAKAN KEPERAWATAN** |
|  |  |  |  |  |  | halusinasinya |
|  |  |  | SP 2:   * Pasien dapat Membina hubungan saling percaya * Pasien dapat mengenal Halusinasinya |  | SP 2:   1. Bina hubungan saling percaya 2. evaluasi jadwal kegiatan harian pasien 3. latih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain 4. anjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian   SP 3 :   * 1. Bina hubungan saling | SP 2:  a.Menjalin kepercayaan  pasien terhadap perawat merupakan landasan utama untuk hubungan selanjutnya  Ketika pasien bercakap-cakapdengan orang lain maka terjadi distraksi, fokus perhatian akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO.** | **TGL** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **PERENCANAAN** | | | **RASIONAL** |
| **TUJUAN** | **KRITERIA HASIL** | **TINDAKAN KEPERAWATAN** |
|  |  |  | SP 3:   * Pasien dapat Membina hubungan saling percaya * Pasien dapat mengontrol * Halusinasinya |  | percaya   1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Latih pasien mengendalikan halusinasinya dengan   melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan pasien)   1. Anjurkan pasien masukkan dalam kegiatan harian | SP 3:   1. Menjalin kepercayaan pasien terhadap perawat merupakan landasan utama untuk hubungan selanjutnya 2. Untuk mengetahui perkembangan pasien 3. Membantu pasien dalam mengalihka halusinasi yang dialam pasien 4. Untuk melatih |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO.** | **TGL** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **PERENCANAAN** | | | **RASIONAL** |
| **TUJUAN** | **KRITERIA HASIL** | **TINDAKAN KEPERAWATAN** |
|  |  |  |  |  |  | pasien dalam mengontrol halusinasinya |
|  |  |  | SP 4:   * Pasien dapat Membina hubungan saling percaya * pasien dapat dukungan dari   keluarga dalam mengontrol halusinasinya |  | SP 4 :   1. Bina hubungan saling percaya 2. evaluasi jadwal kegiatan harian pasien 3. berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur   anjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian  SP KELUARGA :   * 1. mendiskusikan masalah yang | SP 4:   1. Menjalin kepercayaan pasien terhadap perawat merupakan landasan utama untuk hubungan selanjutnya 2. Untuk mengetahui perkembangan   Obat merupakan salah satu cara untuk menghilangkan suara- suara yang muncul |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO.** | **TGL** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **PERENCANAAN** | | | **RASIONAL** |
| **TUJUAN** | **KRITERIA HASIL** | **TINDAKAN KEPERAWATAN** |
|  |  |  |  |  | dirasakan keluarga dalam merawat pasien   1. menjelaskan pengertian, tanda gejala halusinasi dan jenis halusinasi yang dialami pasien dan beserta proses terjadinya 2. menjelaskan cara-cara merawat pasien halusinasi   SP KELUARGA :   1. melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan halusinasi 2. melatih keluarga melakukan cara merawat halusinasi kepada pasien halusinasi.   SP KELUARGA :  1.Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas | dalam halusinasi selain itu juga untuk merilekskan klien serta menenangkan pikiran pasien |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO.** | **TGL** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **PERENCANAAN** | | | **RASIONAL** |
| **TUJUAN** | **KRITERIA HASIL** | **TINDAKAN KEPERAWATAN** |
|  |  |  |  |  | harian dirumah termasuk minum obat (discharge planning)  2. menjelaskan follow up pasien setelah pulang |  |

# IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

**NAMA:** Ny. M **NIRM:** 0606xx **RUANGAN:** Wijaya Kusuma

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TGL** | **DX Kep** | **IMPLEMENTASI** | **EVALUASI** | **T.T** |
| 03/12 | Gangguan persepsi | Selasa, 03 Desember 2019 (08.00) | S: pasien mengatakan mendengar |  |
|  | sensori: halusinasi pendengaran | SP 1 (Mengenal halusinasi dan menghardik) | suara seperti orang madura yang isinya “ buang saja ke pelabuhan”.  Pasien mengatakan halusinasi |
|  |  | 1. Membina hubungan saling percaya   (R: klien mengatakan namanya M, pasien mengatakan sudah lama disini)   1. Melakukan observasi TTV 2. Melakukan perkenalan dengan pasien 3. Melakukan kontrak yang akan dibuat 4. Menjelaskan maksud dan tujuan interaksi 5. Mengobservasi tingkah laku pasien 6. Mengobservasi/mengidentifikasi halusinasi pasien (isi, waktu, frekuensi) 7. Mengobservasi situasi dan kondisi yang dapat menimbulkan halusinasi 8. Mengobservasi respon pasien saat halusinasi muncul 9. Membuat kontrak pertemuan selanjutnya | muncul saat sore hari, selalu muncul saat sendirian. Pasien mengatakan jika suara muncul langsung menutup telingan dengan bantal karena pasien merasa takut dengan suara itu  O:   * **Afektif**: pasien tampak ketakutan * **Kognitif**: pasien mampu menyebutkan halusinasi (isi, waktu, frekuensi, dan respon) * **Psikomotor**: pasien tampak tenang, duduk diatas tempat tidur   A: Sp 1 Teratasi, masalah teratasi |
|  |  |  | sebagian |
|  |  |  | P: Evaluasi Sp 1 pasien dan |
|  |  |  | pertahankan Sp 1 pasien (Latihan |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Menghardik) |  |
| 03/12 | Gangguan persepsi sensori: hausinasi pendengaran | Selasa, 03 Desember 2019 (17.00)  SP 1   1. Mengidentifikasi respon pasien saat halusinasi muncul 2. Memotivasi pasien untuk mengikuti latihan mengontrol halusinasi dengan menghardik 3. Mengajarkan pasien cara menghardik yang benar 4. Meminta pasien mengulangi cara menghardik yang sudah diajarkan 5. Memasukkan latihan menghardik ke jadwal harian 6. Membuat kontrak pertemuan selanjutnya | S: pasien mengatakan sudah tidak mendengar suara-suara  O:   * Afektif : pasien sering mengikuti latihan menghardik * Kognitif : pasien mampu mengulangi dan menyebutkan cara menghardik * Psikomotor : pasien ammpu memperagakan cara mengahrdik halusinasi sesuai yang diajarkan   A: Sp 1 Teratasi, Masalah teratasi sebagian  P: Evalusia Sp 1 dan Lanjut Sp 2 Pasien (Latihan bercakap-cakap denngan orang lain) |  |
| 04/12 | Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran | Rabu, 04 Desember 2019 (08.00)  SP 2   1. Mengevaluasi latihan mengontrol halusinasi sebelumnya 2. Memotivasi pasien latihan mengontrol halusinasi yang kedua dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain | S: pasien mengatakan “ kok keluarga saya belum menjenguk saya ya  mbak?” O:   * Afektif : pasien tampak sedih, gelisah * Kognitif : pasien belum mampu |  |

04/12

05/12

Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

Gangguan persepsi sensori: halusinasi

1. Menganjurkan pasien bercakap-cakap dengan orang lain (teman/perawat) saat halusinasi muncul
2. Meminta pasien mengulangi cara yang sudah diajarkan
3. Memastikan kegiatan bercakap-cakap ked alam jadwal harian
4. Mengevaluasi pelaksanaan jadwal harian dan membuat kontrak selanjutnya

Rabu, 04 Desember 2019 (17.00)

SP 2

1. Mengevaluasi latihan mengontrol halusinasi sebelumnya
2. Memotivasi pasien latihan mengontrol halusinasi yang kedua dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain
3. Menganjurkan pasien bercakap-cakap dengan orang lain (teman/perawat) saat halusinasi muncu
4. Meminta pasien mengulangi cara yang sudah diajarkan
5. Memastikan kegiatan bercakap-cakap ked alam jadwal harian
6. Mengevaluasi pelaksanaan jadwal harian dan membuat kontrak selanjutnya

Kamis, 05 Desember 2019 (08.00)

SP 2 p

mengulangi cara yang telah diajarkan

- Psikomotor : pasien masih sering menyendiri dan tidur

A: Sp 2 belum teratasi.

P: Pertahankan Intervensi SP 2 p dan evaluasi SP 1 p

S: peasien masih mengatakan “ kok keluarga saya belum menjenguk saya ya mbak?”

O:

* Afektif : pasien tampak sedih, gelisah
* Kognitif : pasien belum mampu mengulangi cara yang telah diajarkan
* Psikomotor : pasien masih sering menyendiri dan tidur

A: Sp 2 belum teratasi.

P: Pertahankan Intervensi SP 2 p dan evaluasi SP 1 p

S: pasien mengatakan “saya ingin pulang”

5/12

pendengaran

Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

1. Mengevaluasi tingkah laku pasien
2. Memotivasi pasien untuk bercakap-cakap dengan orang lain
3. Mengevaluasi halusinasi pasien
4. Melatih kembali pasien untuk mencari teman bicara
5. Menganjurkan pasien untuk memasukkan ke jadwal harian kegiatan pasien

Kamis, 05 Desember 2019 (17.00)

SP 2 p

1. Mengevaluasi kegiatan sebelumnya
2. Memotivasi pasien untuk bercakap-cakap dengan orang lain
3. Mengevaluasi halusinasi pasien
4. Melatih kembali pasien untuk mencari teman bicara
5. Menganjurkan pasien untuk memasukkan ke jadwal harian kegiatan pasien

O:

* + Afektif : pasien tampak sedih, dan banyak diam
  + Kognitif : pasien belum mampu mengulangi cara yang telah diajarkan
  + Psikomotor : pasien masih sering menyendiri dan tidur. Pasien belum mampu melaksanakan kegiatan untuk berbicara dengan orang lain

A: Sp 2 belum teratasi.

P: Pertahankan Intervensi SP 2 p dan evaluasi SP 1 p

S: pasien mengatakan “saya ingin pulang mbak”

O:

* + Afektif : pasien tampak sedih, dan banyak diam
  + Kognitif : pasien belum mampu mengulangi cara yang telah diajarkan
  + Psikomotor : pasien masih sering menyendiri dan tidur. Pasien belum mampu melaksanakan kegiatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | untuk berbicara dengan orang lain A: Sp 2 belum teratasi.  P: Pertahankan Intervensi SP 2 p dan evaluasi SP 1 p |  |
| 6/12 | Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran | Jumat, 06 Desember 2019 (08.00)  SP 2 P   1. Mengevaluasi kegiatan harian pasien 2. Memotivasi pasien untuk terus berbicara dengan orang lain 3. Memotivasi pasien untuk mengikuti TAK yang telah disediakan 4. Melatih kembali kemampuan pasien untuk bercakap-cakap dengan orang lain 5. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian pasien | S: pasien mengatakan “mbak, tau kakak saya? Kakak saya dimana ya mbak?”  O:   * Afektif : pasien tampak lemas, murung dan sedih * Kognitif : pasien belum mau berinteraksi dengan orang disekitarnya * Psikomotor : pasien masih sering menyendiri dan tidur. Pasien belum mampu melaksanakan kegiatan untuk berbicara dengan orang lain dan pasien lebih sering tamak tidur   A: Sp 2 belum teratasi.  P: Pertahankan Intervensi SP 2 p dan evaluasi SP 1 p |  |
| 6/12 | Gangguan persepsi sensori: halusinasi | Jumat, 06 Desember 2019 (17.00)  SP 2 P | S: pasien mengatakan “mbak, Kakak saya dimana ya mbak? Kakak saya |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | pendengaran | 1. Mengevaluasi kegiatan harian pasien 2. Memotivasi pasien untuk terus berbicara dengan orang lain 3. Memotivasi pasien untuk mengikuti TAK yang telah disediakan 4. Melatih kembali kemampuan pasien untuk bercakap-cakap dengan orang lain 5. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian pasien | kok belum kesini ya mbak?” O:   * Afektif : pasien masih tampak lemas, murung dan sedih * Kognitif : pasien belum mau berinteraksi dengan orang disekitarnya * Psikomotor : pasien masih sering menyendiri dan tidur. Pasien belum mampu melaksanakan kegiatan untuk berbicara dengan orang lain   A: Sp 2 belum teratasi.  P: Pertahankan Intervensi SP 2 p dan evaluasi SP 1 p |  |
| 9/12 | Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran | Senin, 09 Desember 2019 (17.00)   1. Mengevaluasi kegiatan harian pasien 2. Memotivasi pasien untuk terus berbicara dengan orang lain 3. Memotivasi pasien untuk mengikuti TAK yang telah disediakan 4. Melatih kembali kemampuan pasien untuk bercakap-cakap dengan orang lain 5. Menganjurkan pasien memasukkan ke | S: pasien mengatakan “mbak, sudah 7 hari kok kakakku belum datang?” pasien mengatakan sudah tidak mendengar suara-suara  O:   * Afektif : pasien tampak lemas, murung * Kognitif : pasien mau mengikuti arahan perawat/ kooperatif * Psikomotor : Pasien mengikuti |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | dalam jadwal kegiatan harian pasien | kegiatan TAK, pasien mulai berbicara dengan teman sebelahnya.  A: Sp 2 teratasi.  P: evaluasi SP 2 p dan lanjutkan SP 3 p |  |
| 10/12 | Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran | Selasa, 10 Desember 2019 (09.00)   1. Mengidentifikasi kegiatan harian pasien 2. Membantu pasien menyusun jadwal harian 3. Membantu pasien mengatur jam kegiatan 4. Mengevaluasi jadwal harian pasien | S: pasien mengatakan “mbak, aku gak pengen pulang. Enak disini banyak temennya””  O:   * Afektif : pasien tampak lebih segar dan senang * Kognitif : pasien mampu menyebutkan kegiatan harian pasien selama di RS * Psikomotor : Pasien belum mampu melaksanakan beberapa kegiatan ysng sudah disusun.   A: Sp 3 belum teratasi.  P: evaluasi SP 2 p dan pertahankan SP 3 p |  |
| 11/12 | Gangguan persepsi sensori: halusinasi | Rabu, 11 Desember 2019 (09.00)  1. Mengidentifikasi kegiatan harian pasien | S: pasien mengatakan “ngantuk” |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | pendengaran | 1. Mengevaluasi kembali kegiatan pasien 2. Memotivasi pasien untuk melaksanakan kegiatan harian 3. Mengevaluasi jadwal harian pasien | O: |  |
|  | * Afektif : pasien tampak lesu dan lemas * Kognitif : pasien mampu menyebutkan kegiatan harian pasien * Psikomotor : Pasien sudah melaksanakan kegiatan harian tetapi tidak teratur. |
|  | A: Sp 3 belum teratasi. |
|  | P: evaluasi SP 2 p dan pertahankan SP 3 p p |
| 12/12 | Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran | Kamis, 12 Desember 2019 (17.00)   1. Mengidentifikasi kegiatan harian pasien 2. Mengevaluasi kembali kegiatan pasien 3. Memotivasi pasien untuk melaksanakan kegiatan harian 4. Mengevaluasi jadwal harian pasien | S: pasien mengatakan “badanku berat mbak”  O:   * Afektif : pasien tampak lesu * Kognitif : pasien mampu menyebutkan kegiatan harian pasien * Psikomotor : Pasien sudah melaksanakan kegiatan harian tetapi tidak teratur. |  |
|  |  |  | A: Sp 3 belum teratasi. |
|  |  |  | P: evaluasi SP 2 p dan pertahankan |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | SP 3 p |  |
| 13/12 | Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran | Jumat, 13 Desember 2019 (09.00)   1. Mengidentifikasi kegiatan harian pasien 2. Mengevaluasi kembali kegiatan pasien 3. Memotivasi pasien untuk melaksanakan kegiatan harian 4. Mengevaluasi jadwal harian pasien | S: pasien mengatakan “mbak aku gamau pulang”  O:   * Afektif : pasien tampak lesu * Kognitif : pasien mampu menyebutkan kegiatan harian pasien * Psikomotor : Pasien sudah melaksanakan kegiatan harian tetapi tidak teratur.   A: Sp 3 belum teratasi.  P: evaluasi SP 2 p dan pertahankan SP 3 p |  |

# BAB 4 PEMBAHASAN

Berdasarkan asuhan keperawatan pada Ny. M dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran yang dilaksanakan di ruang Wijaya Kusuma Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur selama 4 hari pada tanggal 03-06 Desember 2019. Pada bab ini membahas mengenai beberapa kesenjangan dan persamaan antara teori yang ada tentang halusinasi dengan kasus atau fakta yang didapatkan selama pengkajian pada Ny. M dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

# Pengkajian

Pada tahap pengkajian didapatkan data pasien mengatakan sering marah-marah karena mendengar suara seperti orang Madura “biar aja di laut biar jadi ikan”. Hal ini sesuai dengan definisi dari halusinasi yaitu salah satu gejala gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan sensori persepsi serta merasakan stimulus atau sensasi palsu baik berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penciuman yang sebetulnya tidak ada (Yusuf, Fitriyasari & Nihayati, 2015).

Menurut Keliat, (2009) didalam pengkajian harus dijelaskan jenis dan isi halusinasi waktu, frekuensi, dan situasi yang menyebabkan halusinasi serta respon pasien terhadap halusinasi. Pada Ny. M didapatkan data bahwa Ny.M mengalami halusinasi pendengaran, Ny. M mendengar suara bisikan seorang pria yang mangajaknya untuk mengobrol kemudian Ny. M menjawab ajakan obrolan seorang pria tersebut hingga keluarga mengatakan bahwa Ny. M sering tertawa-tawa sendiri. Pasien mengatakan suara bisikan muncul saat pasien sendiri dan kurang lebih 2x sehari.

Beberapa tanda dan gejala perilaku halusinasi menurut Stuart & Sudden, (1998) dalam Yusalia (2015) adalah tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, bicara sendiri, pergerakan mata cepat, diam, asyik dengan pengalaman sensori, kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realitas, rentang perhatian yang menyempit hanya beberapa detik atau menit, kesukaran berhubungan dengan orang lain, serta tidak mampu merawat diri. Dari hasil observasi gejala tersebut juga dialami oleh Ny. M seperti tertawa atau tersenyum dan berbicara sendiri, Namun pada Ny. M tidak

62

ditemukan adanya ketidakmapuan merawat diri, pasien kooperatif serta mudah berinteraksi dengan perawat dan hal tersebut tidak sesuai dengan teori yang ada.

Adapun faktor yang mempengaruhi terjadinya halusinasi menurut Stuart dan Laraia (2001) dalam Pambayun (2015) adalah faktor genetik dan faktor psikologis. Pada tahap pengkajian predisposisi didapatkan data: ibu pasien juga memiliki riwayat gangguan jiwa (sering berbicara sendiri) dan pasien mengalami sindrom pasca trauma karena sering dipukuli kakaknya jika keluar rumah. Selain itu, faktor pencetus terjadinya gangguan halusinasi pada pasien menurut teori meliputi lingkungan yang memusuhi dan krisis masalah di rumah tangga. Sesuai dengan data yang didapat bahwa pasien mengatakan sakit hati dengan suaminya karena diceraikan dan sering dimarahi oleh mertuanya akibat hal sepele.

# Diagnosa

Menurut NANDA (2018-2020) pada diagnosa gangguan persepsi halusinasi memiliki batasan karakteristik: perubahan dalam perilaku, perubahan dalam manajemen koping, disorientasi, konsentrasi buruk, gelisah, dan distorsi sensori seperti bicara sendiri, tertawa sendiri mendengar suara yang tidak nyata, dan mondar- mandir. Data yang memperkuat penulis mengangkat diagnosa gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran yaitu data subyektif yang diperoleh dari Ny.M yaitu Ny.M mengatakan sering mendengar suara-suara yang selalu mengajaknya berbicara sedangkan data obyektif yang didapatkan klien sering bicara sendiri, dan tertawa sendiri. Kesimpulannya dari hasil pengkajian didapatkan 6 diagnosa keperawatan jiwa lainnya yaitu gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran sebagai core problem, harga diri rendah sebagai cause, dan resiko perilaku kekerasan sebagai effect. Halusinasi disebabkan karena adanya koping individu yang tidak efektif sehingga menyebabkan individu bisa mengalami harga diri rendah, harga diri rendah dapat menyebabkan isolasi sosial, dan terjadi gangguan proses pikir serta halusinasi yang berujung pada resiko perilaku kekerasan. Isolasi sosial akan berdampak pada defisit perawatan diri. Harga diri rendah juga akan menyebabkan waham yang akan berdampak pada perilaku kekerasan dan hambatan komunikasi verbal.

# Perencanaan

Menurut Damaiyanti & Iskandar, (2012) rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai setiap tujuan khusus. Perencanaan keperawatan meliputi perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisis pengkajian agar masalah kesehatan perawatan klien dapat diatasi. Rencana keperawatan yang dilakukan sama dengan landasan teori, karena rencana tindakan keperawatan tersebut telah sesuai dengan SOP (Standar Operasional Prosedure) yang telah ditetapkan.

Menurut Damaiyanti & Iskandar, (2012) tujuan umum gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran yaitu agar klien dapat mengontrol halusinasi yang dialaminya. Ada lima tujuan khusus gangguan halusinsasi, antara lain: tujuan khusus pertama, klien dapat membina hubungan saling percaya. Rasional dari tindakan yang dilakukan yaitu hubungan saling percaya sebagai dasar interaksi terapeutik antara perawat dan klien. Tujuan khusus kedua, klien dapat mengenal halusinasinya dari situasi yang menimbulkan halusinasi, isi, waktu, frekuensi halusinasi, dan respon klien terhadap halusinasinya. Rasional dari tujuan kedua adalah peran serta aktif klien sangat menentukan efektifitas tindakan keperawatan yang dilakukan.

Menurut Damaiyanti & Iskandar, (2012) tujuan khusus yang ketiga adalah klien dapat melatih mengontrol halusiniasinya, dengan berlatih menghardik halusinasi, bercakap- cakap dengan orang lain, dan mengalihkan halusinasinya dengan beraktifitas secara terjadwal. Rasionalnya adalah tindakan yang biasa dilakukan klien merupakan upaya untuk mengatasi halusinasinya. Tujuan khusus yang keempat klien dapat dukungan keluarga dalam mengontrol halusinasinya dengan rasional keluarga mampu merawat klien dengan halusinasi saat berada dirumah. Tujuan khusus yang kelima, klien dapat memanfaatkan obat untuk mengontrol halusinasinya dengan rasionalnya yaitu dapat meningkatkan pengetahuan dan motivasi klien untuk minum obat secara teratur. Hal tersebut juga direncanakan pada klien dengan tujuan umum untuk mengontrol halusinasinya dan lima tujuan khusus halusinasi yang telah diuraikan diatas. Setiap akhir tindakan strategi pelaksanaan dapat diberikan reinforcement positif yang rasionalnya untuk memberikan penghargaan atas keberhasilan Ny.M. Reinforcement positif adalah penguatan berdasarkan prinsip bahwa frekuensi respons meningkat karena diikuti dengan stimulus yang

mendukung atau *rewarding*. Bentuk bentuk penguatan positif adalah berupa hadiah seperti permen, kado, atau makanan, perilaku seperti senyum, menganggukan kepala untuk menyetujuai, bertepuk tangan, mengacungkan jempol, atau penghargaan. *Reinforcement* memiliki *power* atau kemampuan yang menginginkan tindakan yang diberi *reinforcement* positif akan dilakukan secara berulang oleh pelaku tindakan tanpa adanya paksaan yaitu dengan kesadaran elaku tindakan itu sendiri. Hal ini sesuai dengan intervensi yang dilakukan penulis yaitu memberikan *reinforcement* positif kepada Ny.M ketika Ny.M melakukan setiap strategi pelaksanaan dengan baik.

# Pelaksanaan

Implementasi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 03-06 Desember 2019 sesuai dengan rencana tindakan keperawatan. Masalah utama yaitu gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran sudah dilakukan implementasi SP (strategi pelaksanaan) 1- 3 dari tanggal 03-06 Desember 2019. Pasien sudah mandiri untuk SP 1 pada tanggal 03 Desember 2019 yaitu, mengidentifikasi jenis halusinasi pasien, mengidentifikasi isi halusinasi pasien, mengidentifikasi waktu halusinasi pasien, mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien, mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi, mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi, mengajarkan pasien menghardik halusinasi, menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian.

Pada SP 2 dilakukan pada tanggal 03-04 Desember 2019 mulai mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan oang lain dan menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Pada SP 2 dilakukan selama 3 hari dikarenakan pasien kurang berkonsentrasi atau mudah beralih selama pembicaraan atau interaksi, karena pasien mulai mengalami kehilangan kemampuan membedakan antara halusinasi dengan realita.

Pelaksanaan SP 3 dilakukan pada 04-06 Desember 2019, pada SP 3 dilakukan tindakan mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan yang biasa dilakukan pasien, menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

# Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang dilakukan kepada pasien (Keliat, 2010). Evaluasi untuk diagnosa

halusinasi, pasien sudah mampu menyebutkan halusinasinya (isi, jenis, waktu, frekuensi dan respon), mengontrol halusinasi dengan cara menghardik sesuai yang telah diajarkan. Pasien belum mampu melakukan kontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain dan melakukan jadwa harian, karena pasien lebih sering menyendiri dan tidur. Pasien lebih sering murung dan sedih.

# Keterbatasan

Keterbatasan yang dirasakan penulis adalah selama dilakukan tindakan keperawatan ini klien tidak dijenguk oleh keluarganya sehingga belum bisa dilakukan discharge planning atau SP keluarga pada pasien halusinasi. Tetapi klien mengatakan jika klien selalu dijenguk oleh keluarga nya sekali dalam sebulan

# Simpulan

# BAB 5 PENUTUP

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 4 hari di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur Provinsi Jawa Timur dengan menggunakan proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi maka ditarik kesimpulan :

1. Dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien di dapatkan masalah yaitu gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran .
2. Dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi halusinasi pendengaran , klien sangat membutuhkan peran serta keluarga sebagai sistem pendukung kesembuhan klien yang mengerti keadaan dan permasalahan dirinya. Selain itu perawat/petugas kesehatan juga membutuhkan kehadiran keluarga untuk membina kerjasama dalam memberikan perawatan pada pasien, dalam hal ini penulis menyimpulkan bahwa peran serta keluarga merupakan faktor penting dalam proses penyembuhan klien.

# Saran

* + 1. Untuk Klien

Klien hendaknya sering berlatih dan melaksanakan interaksi sosial secara bertahap.

* + 1. Untuk Keluarga

Keluarga hendaknya dapat bekerjasama dengan perawat sehingga mendukung kesembuhan klien.

* + 1. Untuk Mahasiswa

Untuk mahasiswa sebaiknya dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan halusinasi diharapkan mampu memahami konsep

67

68

dasar halusinasi, konsep asuhan keperawatan serta setrategi pelaksanaan pada pasien halusinasi.

# DAFTAR PUSTAKA

Agustina, N.W & Handayani, Sri. 2017. Kemampuan Keluarga Dalam Merawat Pasien Skizofrenia Dengan Gejala Halusinasi. *University Research Colloqium*. Universitas Muhammadiyah Magelang.

Azizah, Lilik M. 2011. *Keperawatan Jiwa Ed 1.* Yogyakarta: Graha Ilmu

Bagus, Pan. 2014. Konsep Halusinasi Dan Strategi Pelaksanaan Halusinasi. [www.academia.edu](http://www.academia.edu/) diakses Desember 2019.

Damaiyanti, M. & Iskandar. 2012. Asuhan Keperawatan Jiwa. Bandung: PT. Refika Aditama.

Fitria, Nita. 2010. *Laporan pendahuluan dan strategi pelaksanaan.* Jakarta: hak cipta

Handayani, L. (2013). Di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. *Jurnal Psikologi Teori & Terapan*, *4*(1), 24–30.

Lee, S., Hahn, C., Rhee, M., Oh, J. E., Song, J., Chen, Y., Lu, G., Perdana, & Fallis, A. . (2014). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Diruang Intermediate Rumah Sakit Jiwa Atma Husada. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9). https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Keliat, B. A.,Akemat, 2011,*Keperawatan Jiwa :Terapi Aktivitas Kelompok.* Jakarta : EGC.

Nyumirah, Sri. 2014. Manajemen Asuhan Keperawatan Spesialis Jiwa Pada Klien Halusinasi di Ruang Sadewa di Rs Dr. H Marzoeki Mahdi Bogor.

Oliver, J. (2019). Asuhan Keperawatan. In *Hilos Tensados* (Vol. 1, Issue). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Pambayun, Ahlul H. 2015. Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. S Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Ruang 11 (Larasati) RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. Asuhan Keperawatan Psikiatri Akademi Keperawatan Widya Husada Semarang.

PPNI.2016 Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Samal, M.H. 2018. Pengaruh Penerapan Asuhan Keperawatan pada Klien Halusinasi Terhadap Kemampuan Klien Mengontrol Halusinasi Di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan. Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis Vol 12.

69

Yusalia, Refiazka. 2015. Laporan Pendahuluan Dan Strategi Pelaksanaan Halusinasi. [www.academia.edu](http://www.academia.edu/) diakses Desember 2019.

Yusuf, Fitriyasari & Nihayati. 2015. Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.

Zelika, Alkhosiyah A. Dermawan, Deden. 2015. Kajian Asuhan Keperawatan Jiwa Halusinasi Pendengaran Pada Sdr. D Di Ruang Nakula Rsjd Surakarta. Jurnal Poltekkes Bhakti Mulia.

# LAMPIRAN

Lampiran 01

***CURRICULUM VITAE***

Nama : Tiara Noviyanti Urgadana

NIM : 193.0086

Program Studi : Profesi Ners

Tempat, tanggal lahir : Nganjuk, 30 November 1997 Agama : Islam

Alamat : Dsn. Paldaplang Ds. Jogomerto Kec. Tanjunganom Kab. Nganjuk Riwayat Pendidikan :

* + 1. TK Pertiwi 2 Baron Nganjuk Tahun 2003
    2. SDN Jogomerto III Nganjuk Tahun 2009
    3. SMPN 1 Tanjunganom Nganjuk Tahun 2012
    4. SMAN 1 Prambon Nganjuk Tahun 2015
    5. STIKES HANGTUAH Surabaya Tahun 2019

Lampiran 02

# MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“ tidak ada kata menyerah dalam kamus hidup saya “ PERSEMBAHAN

Bismillahirrohmanirrohim, karya tulis ilmiah ini saya persembahkan kepada :

1. Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan memberikan kesehatan sehingga karya tulis ilmiah ini telah selesai dengan waktu yang tepat.
2. Ibuku (Atik Sudaryanti) yang selalu memberikan cinta dan kasih sayang, doa dan dukungan baik moril maupun materiil, serta yang selalu mengingatkan saya untuk tidak bermalas-malasan dalam mengerjakan karya tulis ini. Terimakasih sebesar-besarnya untuk orang tua saya.
3. Mama Ninik, Ayah Aziz, yang tak lelah mensupport saya dan menganggap saya seperti anak kandung.
4. Sahabat sahabat saya Iriani Wahyuni Lestari, Selvia Kumala Dewi, Rara Ayu Anjani, Ignatius Erino, Herda Mentary Sitorus, Hakim Setiabudi, Anarima Nudiyah Amburika, Erma Indri Pratiwi, Wahyu Eva Nuryani, Sabela Lestarining Pratiwi, Fernanda Wike Widyaswara, dan mas Iqbal Arfiansyah serta banyak yang tidak bisa saya sebutkan namanya satu persatu. Mereka yang menemani saya mengerjakan karya tulis ilmiah ini, memberi saya semangat, memberikan segala dukungan, membantu saya dalam segala hal. Terimakasih, saya beruntung mengenal banyak orang baik seperti kalian.
5. Sahabat-sahabat ku dari Kota Kupang, Matrix Rivaldo Permaha, Ibnu Kapitan, Yasinta, Mega Desy dan banyak lagi yang tidak bisa kusebutkan namanya. Terimakasih banyak, kalian telah banyak membantu dan berbagi ilmu dengan saya yang masih butuh banyak sekali ilmu pengetahuan.
6. Kakak-kakak tingkat terhebat, Kak Anggi dan banyak lagi yang tidak bias kusebutkan namanya satu persatu, terimakasih banyak telah memberikan ku banyak saran, masukan dan ilmu yang begitu berguna untuk saya.
7. Teman-teman seperjuangan dalam satu bimbingan kelompok karya tulis ilmiah ini yang saling membantu dan saling mengingatkan serta selalu saling memberikan semangat.
8. Teman seperjuangan dalam satu penguji, Kak Afif Syihabudin yang selalu mengingatkan saya, memberikan arahan dalam pengerjaan karya tulis ilmiah ini
9. Senior-senior perawat yang telah baik membantu saya, Mbak Rissa, Mbak Nikma, dan banyak lagi yang selalu membantu saya, memberikan saya banyak sekali pelajaran keperawatan dan juga pelajaran hidup yang tidak akan saya dapatkan dalam teori saya. Terimakasih banyak
10. Adek-adek tingkat yang luar biasa baik, memberikan pengertian,saling berbagi ilmu dan semangat dalam pengerjaan karya tulis ilmiah ini.
11. Teman-teman seperjuangan angkatan 10 Profesi Ners serta teman-teman angkatan 21 yang begitu banyak membantu saya, memberikan segala kenangan, memberikan segala hal yang sedih dan bahagia selama kita bersama. Terimakasih banyak.

Lampiran 03

# STRATEGI PELAKSANAAN (SP)

**TINDAKAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI HALUSINASI**

Hari :

Pertemuan :

Sp/Dx : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi pendengaran. Ruangan : Wijaya Kusuma

Nama Klien : Ny. M

# Proses Keperawatan

* 1. Kondisi Klien.

Data subjektif :

* + 1. Klien mengatakan mendengar suara orang marah-marah dengan bahasa Madura “biar aja di laut biar jadi ikan”.
    2. Klien mengatakan suara itu datang ketika sore hari.

Data objektif :

1. Klien tampak gelisah dan takut.
2. Klien tampak menutup telinganya .
   1. Diagnosa Keperawatan.

Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran

* 1. Tujuan Tindakan Keperawatan. Pasien mampu :
     1. Membina hubungan saling percaya.
     2. Mengenal halusinasi dan mampu mengontrol halusinasi dengan menghardik.
     3. Mengontrol halusinasi dengan enam benar minum obat.
     4. Mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap.
     5. Mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas sehari-hari.
  2. Tindakan Keperawatan.
     1. Membina hubungan saling percaya.
     2. Membantu pasien menyadari gangguan sensori persepsi halusinasi.
     3. Melatih pasien cara mengontrol halusinasi.

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) 1 : PENGKAJIAN DAN MENGENAL HALUSINASI.

SP 1 KLIEN

1. Mengidentifikasi halusinasi : isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon
2. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi: menghardik, minum obat, bercakap- cakap, melakukan kegiatan
3. Melatih klien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik
4. Melatih klien memasukkan latihan menghardik dalam jadibual kegiatan harian klien

# Strategi Komunikasi.

* 1. Fase Orientasi.
     1. Salam terapeutik :

**Perawat** : Assalamualaikum..!!! Selamat pagi bu… perkenalkan nama saya Tiara . Saya mahasiswa praktek dari Stikes Hangtuah Surabaya. Hari ini saya dinas pagi dari jam 07:00 pagi sampai jam 14:00 siang. Saya akan merawat ibu selama di rumah sakit ini. Nama ibu siapa?

**Pasien** : nama Ny.M

**Perawat** : Senangnya ibu dipanggil apa?

**Pasien** : Ibu M

* + 1. Evaluasi/validasi :

Perawat : Baiklah Ibu M, Bagaimana keadaan ibu hari ini ?

Pasien : baik mbak

* + 1. Kontrak :

Perawat :Bu M, bagaimana kalau kita berbincang-bincang tentang suara yang mengganggu ibuk dan cara mengontrol suara-suara tersebut, Apakah Bu M bersedia?

Pasien : iya (*sambil menganguk-anggukan kepala*)

Perawat : Berapa lama ibu mau berbincang-bincang? Bagaimana kalau 20 menit? Pasien : baiklah

Perawat : Ibu mau berbincang-bincang dimana? Pasien : Disini saja mbak.

Perawat : baiklah buk kita akan berbincang-bincang disini

* 1. Fase Kerja .

Perawat : Apakah ibu M mendengar suara tanpa ada wujudnya? Pasien : Iya ..

Perawat : Saya percaya ibu mendengar suara tersebut, tetapi saya sendiri tidak mendengar suara itu. Apa yang dikatakan oleh suara yang ibu dengar? Apakah ibu mendengarnya terus menerus atau sewaktu- waktu?

Pasien : suara itu seperti orang Madura yang marah-marah“biar aja di laut biar jadi ikan”, saya mendengarnya kadang- kadang mbak

Perawat : Kapan yang paling sering Ibu mendengar suara itu? Pasien : sore hari ketika saya sendiri.

Perawat : Berapa kali dalam sehari ibu mendengarnya? Pasien : 3- 5 kali mbak

Perawat : Pada keadaan apa suara itu terdengar? Apakah pada waktu sendiri? Pasien : ya mbak, ketika aku sendiri mbak

Perawat : Apa yang ibu rasakan ketika mendengar suara itu? Bagaimana perasaan ibu ketika mendengar suara tersebut?

Pasien : saya merasa kesal mendengar suara itu Perawat : Kemudian apa yang ibu lakukan?

Pasien : jika saya mendengar suara itu, saya langsuang menutup telinga saya dengan bantal dan kadang saya berteriak agar suara itu diam

Perawat : Apakah dengan cara tersebut suara-suara itu hilang? Pasien : tidak, suaranya tetap bisa saya dengar.

Perawat : Baiklah bu, apa yang alami itu namanya Halusinasi. Ada empat cara untuk mengontrol halusinasi yang Ibu M alami yaitu menghardik, minum obat, bercakap-cakap, dan melakukan aktifitas. Hari ini, Bagaimana kalau kita latih cara yang pertama dahulu, yaitu dengan menghardik, apakah Ibu M bersedia?

Pasien : bersedia (*sambil menganguk-anggukkan kepala*)

Perawat : Bagaimana kalau kita mulai ya. Saya akan mempraktekan dahulu, baru ibu mempraktekkan kembali apa yang telah saya lakukan. Begini bu, jika suara itu muncul katakan dengan keras “ pergi..pergi saya tidak mau dengar.. kamu suara palsu” sambil menutup kedua telinga ibu. seperti ini ya bu. Coba sekarang ibu ulangi lagi seperti yang saya lakukan tadi.

Pasien : Jika saya mendengar suara itu, saya katakan “Pergi.. pergi saya tidak mau dengar.. Kamu suara palsu” (sambil menutup kedua telinganya)

Perawat : Wah bagus sekali bu, ibu sudah bisa mempraktekkan.

* 1. Terminasi.
     1. Evaluasi subjektif dan objektif :

Perawat : Bagaimana perasaan Ibu M setelah kita kita bercakap-cakap? Pasien : saya merasa baikan

Perawat : Baiklah bu, Jika suara itu masih terdengar mengejek ibu, seperti yang telah kita pelajari bila suara-suara itu muncul ibu bisa mengatakan “ pergi- pergi saya tidak mau dengar kamu suara palsu”

* + 1. Tindakan Lanjut

Perawat : Ibu lakukan itu sampai suara itu tidak terdengar lagi, lakukan itu selama 3 kali sehari yaitu jam 08:00, 14:00 dan jam 20:00 atau disaat ibu mendengar suara tersebut. cara mengisi buku kegiatan harian adalah sesuai dengan jadwal kegiatan harian yang telah kita buat tadi ya bu. Jika ibu melakukanya secara mandiri maka ibu menuliskan di kolom M, jika ibu melakukannya dibantu atau diingatkan oleh keluarga atau teman maka ibu buat di kolom B, Jika ibuk tidak melakukanya maka ibu tulis di kolom T. apakah ibu mengerti?

Pasien : Iya,,saya mengerti mbak.

* + 1. Kontrak yang akan datang :

Perawat : Baik lah buk, Bagaimana kalau besok kita berbincang-bincang tentang cara yang kedua yaitu dengan minum obat untuk mencegah suara-suara itu muncul, apakah ibu bersedia?

Pasien : saya bersedia mbak

Perawat : Ibuk maunya jam berapa? Bagaimana kalau jam 09:00 ? Pasien : baik mbak

Perawat :Ibuk maunya dimana kita berbincang-bincang? Pasien : disini saja mbak

Perawat : Baiklah ibuk M besok saya akan kesini jam 09:00 ya buk. Saya permisi ya buk. Assalamualaikum wr.wb

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) 2 : ENAM BENAR MINUM OBAT

Hari :

Pertemuan :

Sp/Dx : 2/ Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Dengar. Ruangan :

Nama Klien : Ny. M

# Proses Keperawatan

* 1. Kondisi Klien.

Data subjektif :

1. Klien mengatakan mendengar suara orang marah-marah dengan bahasa Madura “biar aja di laut biar jadi ikan”.
2. Klien mengatakan suara itu datang ketika sore hari.

Data objektif :

1. Klien tampak gelisah dan takut.
2. Klien tampak menutup telinganya .
   1. Diagnosa Keperawatan.

Gangguan Persepsi Sensori :Halusinasi pendengaran

* 1. Tujuan Tindakan Keperawatan.

Pasien mampu mengontrol halusinasi pendengaran dengan enam benar minum obat.

* 1. Tindakan Keperawatan.
     1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien
     2. Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa.
     3. Jelaskan akibat bila obat tidak digunakan sesuai program.
     4. Jelaskan akibat bila putus obat.
     5. Jelaskan cara mendapatkan obat.
     6. Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 6 benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar ibuaktu, benar dosis dan kontinuitas.

# Strategi Komunikasi.

* 1. Fase Orientasi.
     1. Salam Terapeutik.

Perawat : Assalamualaikum, Ibuk masih ingat dengan saya? Pasien : Masih

Perawat : Bagaimana perasaan Ibu M hari ini?

Pasien : baik mbak

* + 1. Evaluasi/validasi.

Perawat :Apakah Ibu M masih mendengar suara yang mengejek ibu? Pasien : masih mbak, saya masih mendengarnya

Perawat : Apakah ibu telah melakukan apa yang telah kita pelajari kemarin? Pasien : sudah, saya sudah melakukannya

Perawat : Apakah dengan menghardik suara-suara yang ibu dengar berkurang? Pasien : ya, suara sudah berkurang

Perawat : Bagus buk. Sekarang coba ibu praktekkan pada saya bagaimana ibu melakukannya.

Pasien : Jika saya mendengar suara itu, saya katakan “Pergi.. pergi saya tidak mau dengar.. Kamu suara palsu” (sambil menutup kedua telinganya)

Perawat : Bagus sekali buk. Coba kita lihat jadwal kegiatan hariannya ya buk Pasien : (*mengeluarkan catatan harian dan memberikan kepada Perawat)*

Perawat : bagus sekali Ibu M. Ibuk sudah bisa melakukan kegiatan menghardik secara mandiri ibuk walaupun masih ada diingatkan oleh keluarga.

* + 1. Kontrak.

Perawat : Baiklah Ibu M, sesuai janji kita kemaren hari ini kita akan latihan cara yang kedua dari empat mengendalikan suara-suara yang muncul yaitu cara minum obat yang benar, apakah ibuk bersedia?

Pasien : saya bersedia mbak ( *sambil mengannguk*)

Pearaibuat :Berapa lama ibuk mau berbincang-bincang? Bagaimana kalau 20 menit? Pasien : baik mbak

Perawat : ibuk mau berbincang-bincang dimana? Pasien : disini saja mbak

Perawat Baiklah buk

* 1. Fase Kerja.

Perawat : Ibuk sudah dapat obat dari Perawat? Pasien : sudah mbak

Perawat : Ibuk perlu meminum obat ini secara teratur agar pikiran jadi tenang, dan tidurnya juga menjadi nyenyak. Obatnya ada tiga macam, yang warnanya orange namanya CPZ minum 3 kali sehari gunanya supaya tenang dan berkurang rasa marah dan mondar mandirnya, yang warnanya putih namanya THP minum 3 kali sehari supaya relaks dan tidak kaku, yang warnanya merah jambu ini namanya HLP gunanya untuk menghilangkan suara-suara yang ibuk dengar. Semuanya ini harus ibuk minum 3 kali sehari yaitu jam 7 pagi, jam 1 siang, dan jam 7 malam. Bila nanti mulut ibuk terasa kering, untuk membantu mengatasinya ibuk bisa menghisap es batu yang bisa diminta pada Perawat. Bila ibuk merasa mata berkunang-kunang, ibuk sebaiknya istirahat dan jangan beraktivitas dulu. Jangan pernah menghentikan minum obat sebelum berkonsultasi dengan dokter ya buk.

Sampai disini, apakah ibu M mengerti ? Pasien : ya, saya mengerti (*sambil menggangguk*)

Perawat : Baiklah ibu M, kita lanjutkan ya. Sebelum ibuk meminum obat lihat dulu label yang menempel di bungkus obat, apakah benar nama ibuk yang tertulis disitu. Selain itu ibuk perlu memperhatikan jenis obatnya, berapa dosis, satu atau dua butir obat yang harus diminum, jam berapa saja obatnya harus diminum, dan cara meminum obatnya. ibuk harus meminum obat secara teratur dan tidak menghentikannya tanpa konsultasi dengan dokter. Sekarang kita memasukan waktu meminum obat kedalam jadwal ya buk. Cara mengisi jadwalnya adalah jika ibuk minum obatnya sendiri tanpa diingatkan oleh Perawat atau teman maka di isi dengan M artinya mandiri, jika ibu meminum obatnya diingatkan oleh Perawat atau oleh teman maka di isi B artinya dibantu, jika ibu tidak meminum obatnya maka di isi T artinya tidak melakukannya. Mengerti bu?

Pasien : saya mengerti

Perawat : coba ibuk ulangi kembali cara mengisi jadwal kegiatan?

Pasien : jika saya meminum obat tanpa diingatkan maka saya isi di kolom M artinya mandiri, jika saya minum obat diingatkan oleh keluarga/ Perawat/ teman saya buat di kolom B, jika saya tidak melakukannya saya buat di kolom T.

Perawat : Nah bagus, ibuk sudah mengerti.

* 1. Fase Terminasi.
     1. Evaluasi subjektif dan objektif :

Perawat : Bagaimana perasaan ibuk setelah kita berbincang-bincang tentang obat? Pasien : saya sekarang mengerti cara minum obat yang baik mbak

Perawat : Sudah berapa cara yang kita latih untuk mengontrol suara-suara? Coba ibu sebutkan?

Pasien : menghardik dan minum obat Perawat : Wah, ibu benar sekali

* + 1. Tindakan lanjut

Perawat : Jadwal minum obatnya sudah kita buat yaitu 07:00, 13:00 dan 19:00 pada jadwal kegiatan ibuk. Nah sekarang kita masukan kedalam jadwal minum obat yang telah kita buat tadi ya ibuk. jangan lupa lakukan semua dengan teratur ya ibuk

Pasien : baik mbak

* + 1. Kontrak yang akan datang :

Perawat : Baik lah buk. Bagaimana kalau besok kita bertemu lagi untuk melihat manfaat minum obat dan berlatih cara untuk mengontrol halusinasi yang ketiga yaitu bercakap-cakap dengan orang lain. Apakah ibu M bersedia?

Pasien : ya, saya bersedia

Perawat : Karena besok saya dinas siang dari pukul 14.00- 21.00 Wib, jadi kita latihan sore saja ya buk. Kira- kira ibuk siang jam berapa ibuk bisa?

Pasien : jam 15.00

Perawat : baiklah buk. Kita akan bertemu jam 15.00 disini ya buk. Saya permisi dulu ya buk. Assalammualaikum wr.wb

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) 3 : BERCAKAP-CAKAP.

Hari :

Pertemuan :

Sp/Dx : 3/ Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran. Ruangan :

Nama Klien :

# Proses Keperawatan.

* 1. Kondisi Klien. Data subjektif :
     + 1. Klien mengatakan mendengar suara orang marah-marah dengan bahasa Madura “biar aja di laut biar jadi ikan”.
       2. Klien mengatakan suara itu datang ketika sore hari.

Data objektif :

1. Klien tampak gelisah dan takut.
2. Klien tampak menutup telinganya .
   1. Diagnosa Keperawatan.

Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran.

* 1. Tujuan Tindakan Keperawatan.

Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan

orang lain.

* 1. Tindakan Keperawatan.
     1. Evaluasi ke jadwal harian
     2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.
     3. Menganjurkan kepada klien agar memasukan kegiatan ke jadwal kegiatan harian klien.

# Strategi Komunikasi.

* 1. Fase Orientasi.
     1. Salam Terapeutik.

Perawat : Asalammualaikum wr. wb.. selamat pagi Ibu M Pasien : Walaikum salam buk

* + 1. Evaluasi/validasi.

Perawat : Bagaimana perasaan Ibu M hari ini? Pasien : Baik mbak

Perawat : Apakah suara-suara masih muncul? Pasien : masih mbak, tapi sudah berkurang

Perawat : Apakah Ibuk telah melakukan dua cara yang telah kita pelajari untuk menghilangkan suara-suara yang menganggu?

Pasien : sudah

Perawat : Coba saya lihat jadwal kegiatan harian ibuk?

Pasien : (*mengeluarkan catatan harian dan memberikan kepada Perawat*)

Perawat : bagus sekali buk, sekarang coba lihat obatnya. Ya bagus, ibu sudah minum obat dengan teratur jam 07:00, 13:00 dan 19:00 dan latihan menghardik suara-suara juga dilakukan dengan teratur. Sekarang coba ceritakan pada saya apakah dengan dua cara tadi suara-suara yang ibuk dengarkan berkurang?

Pasien : ya, suara sudah mulai berkurang

Perawat : Coba sekarang praktekkan cara menghardik suara-suara yang telah kita pelajari.

Pasien : Jika saya mendengar suara itu, saya katakan “Pergi.. pergi saya tidak mau dengar.. Kamu suara palsu” (sambil menutup kedua telinganya)

Perawat : Coba ibuk jelaskan kembali pada saya cara minum obat dengan benar.

Pasien :Sebelum saya meminum obat lihat dulu label yang menempel di bungkus obat, apakah benar nama saya yang tertulis disitu, perhatikan jenis obatnya, berapa dosis, satu atau dua butir obat yang harus diminum, jam berapa saja obatnya harus diminum, dan cara meminum obatnya.

Perawat : Bagus sekali

b. Kontrak.

Perawat : Baiklah ibuk sesuai janji kita kemaren hari ini kita akan belajar cara ketiga dari empat cara mengendalikan suara-suara yang muncul yaitu bercakap-cakap dengan orang lain, Apakah Ibu M bersedia?

Pasien : saya bersedia

Perawat : Berapa lama ibu mau berbincang-bincang? Bagaimana kalau 20 menit, Buk?

Pasien : baik

Perawat : ibuk mau berbincang-bincang dimana? Pasien : Disini saja

Perawat : Baiklah ibuk.

* 1. Fase Kerja.

Perawat : Caranya adalah jika ibu mulai mendengar suara-suara, langsung saja ibu cari teman untuk diajak berbicara. Minta teman ibu untuk berbicara dengan ibu. Contohnya begini ibu, tolong berbicara dengan saya, saya mulai mendengar suara-suara. Ayo kita ngobrol dengan saya! Atau Ibuk minta pada perawat untuk berbicara dengannya seperti “ buk tolong berbicara dengan saya karena saya mulai mendengar suara-suara.

Sekarang coba ibu praktekkan !

Pasien :Jika saya mendengar suara itu, saya cari teman atau perawat untuk berbicara dengan saya. , tolong bicara dengan saya karena saya sudah mendengar suara-suara

Perawat : Bagus sekali buk m

* 1. Fase Terminasi.
     1. Evaluasi Subjektif dan Objektif :

Perawat : Bagaimana perasaan ibuk setelah kita berlatih tentang cara mengontrol suara-suara dengan bercakap-cakap.

Pasien : merasa baik

Perawat :Jadi sudah berapa cara yang kita latih untuk mengontrol suara-suara? Pasien : sudah 3 cara

Perawat : Coba sebutkan

Pasien : menghardik, minum obat dan bercakap- cakap dengan teman

Perawat : Bagus sekali ibuk. mari kita masukan kedalam jadwal kegiatan harian ya Ibu

* + 1. RTL :

Perawat : berapa kali ibuk akan bercakap-cakap. Pasien : dua kali

Perawat : baiklah buk dua kali saja. Jam berapa saja ibuk? Pasien : Jam 08.00 dan 19.00

Perawat : Baiklah ibuk jam 08:00 dan 19:00. Jangan lupa ibuk lakukan cara yang ketiga agar suara-suara yang ibuk dengarkan tidak mengganggu ibuk lagi.

* + 1. Kontrak yang akan datang :

Perawat : Baik lah buk, Bagaimana kalau besok kita berbincang-bincang tentang manfaat bercakap-cakap dan berlatih cara keempat untuk mengontrol suara-suara yang ibuk dengar dengan cara melakukan kegiatan aktivitas fisik, apakah buk Rahmi bersedia?

Pasien : ya, saya bersedia (*sambil mengangguk-anggukan kepala*)

Perawat : besok saya masih dinas seperti sekarang. Kira kira ibuk bisa jam berapa? Pasien : jam 17.00 setelah saya tidur siang saja .

Perawat : Baiklah buk, saya akan datang besok jam 17.00 di ruangan ini ya buk. Saya permisi dulu. Assalammualaikum wr. Wb

Pasien : Walaikumsalam wr wb

**ANALISA PROSES INTERAKSI**

|  |  |
| --- | --- |
| Nama Mahasiswa  Tanggal Waktu Tempat Inisial Klien Interaksi ke Lingkungan  Deskripsi pasien | : Tiara Noviyanti Urgadana  :  :  : Kamar Pasien (ruang Wijaya Kusuma)  : Ny. M  : 1(SP 1)  :  : Klien terlihat duduk di tempat tidur, klien masih terlihat tenang terkadang klien melamun. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***KOMUNIKASI VERBAL*** | ***KOMUNIKASI NON VERBAL*** | ***ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT*** | ***ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN*** | ***RASIONAL*** |
| P : Selamat Pagi Bu, boleh saya duduk disamping ibu  K : Pagi, | P: Memandang K dan tersenyum  K: Ekpresi datar  K: Ekpresi datar | P : Ingin membuka percakapan dengan klien dan berharap dengan sapaan sederhana P bisa diterima oleh K. | K masih ragu terhadap orang baru yang masuk ke lingkungannya  K ragu terhadap orang baru | Salam merupakan kalimat pembuka untuk memulai suatu percakapan sehingga dapat terjalin rasa percaya. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| silahkan. | P: Memandang K | P merasa senang ada tanggapan atas salam walaupun belum diekpresikan secara tulus |  |  |
| P : Wah, suasana pagi ini cerah ya Bu,  K : (diam) | P : memandang kea rah luar kamar pasien  K : Ikut melihat ke arah luar kamar pasien, sesekali menunduk | P ingin memulai percakapan dengan topik ringan sebelum masuk ke kondisi K | K memberikan respon sepintas dan menunjukkan perhatian cukup terhadap P | Topik ringan akan memudahkan interaksi lebih lanjut |
| P : Oh ya, perkenalkan saya Tiara, saya mahasiswa praktek disini yang akan merawat Bapak.  K : (diam) | P : Memandang K sambil menjulurkan tangan ke K  K : Mengalihkan pandangan ke tangan kiri lalu tanpa memandang P menerima uluran tangan P | P merasa bahwa K harus diberikan penjelasan tentang kedatangan P | K masih memberikan tanggapan secara ragu-ragu | Memperkenalkan diri dapat menciptakan rasa percaya klien terhadap perawat |
| P : Nama Ibu siapa ? | P : Masih menjabat tangan pasien dan mendekatkan diri ke-K | P ingin tahu nama pasien | K ragu-ragu | Mengenal nama pasien akan memudahkan interaksi |
|  | K : Menoleh sebentar |  |  |  |
| K : Ny. M | K : Menyebut nama | P merasa klien mau berkenalan dengan baik | K merasa perkenalan hanya formalitas belaka |  |
| P : Ibu senangnya dipanggil apa? | P : Memandang K | P ingin menjalin kedekatan dengan | K mencoba mengingat nama | Nama panggilan  merupakan nama akrab klien |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| K : Ibu M | K : Menoleh ke halaman  K : Melihat ke arah P dan menjawab singkat lalu menunduk lagi | pasien  P senang walaupun jawaban singkat | yang disukainya  K mulai tertarik dengan perkenalan dengan P | sehingga menciptakan rasa senang akan adanya pengakuan atas namanya |
| P : Wah, kedengarannya enak kalau saya manggil Ibu M  K : Iya mbak | P : Memandang K sambil tersenyum  K : Menunduk  K : Menoleh ke P P :  Memperhatikan K | P mencoba mengakrabkan suasana  P merasa pertanyaan mendapatkan respon | K berpikir sejenak, mengngingat nama yang disukainya  K mulai merasa bahwa P datang untuk membantu K | Pujian berguna untuk mendekatkan perawat menjalin hubungan therapeutik dengan klien |
| P : Ibu asalnya dairi mana?  K : Surabaya mbak | P : Memandang K  K : Menunduk dan berpikir  K : Menoleh ke P dan tersenyum  P :  Memperhatikan K | P masih berusaha membangun keakraban dengan topik sederhana  P senang karena K memberi respon | K berpikir dan mengingat-ingat  K senang karena ingat daerah asalnya dan kembali membayangkan daerah asalnya tersebut | Topik sederhana membantu menjalin kedekatan dengan klien |
| P : Ibu M sudah berapa lama disini ? | P : Memandang K sambil tersenyum | P mulai mengkaji data umum pasien | K berpikir dan berusaha mengingat | Lama rawat menentukan apakah klien |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| K : mungkin 2 minggu mbak | K : memandang perawat  P : Memandang K | P khawatir kalau pertanyaan membuat K tersinggung | K  membayangkan keadaan yang telah lama dijalaninya | kronis atau akut |
| P : sebelumnya ibu pernah dirawat disini?  K : iya mbak, beberapa kali | P : Menunjukkan perhatian  K : Menunduk sambil memandang kakinya  K : memandang P P :  Memperhatikan | P berharap dapat memperoleh data lama rawat secara lebih pasti sambil mengkaji daya ingat pasien  P senang karena mendapat respon dari K | K berusaha mengingat  K menjawab dengan sekedarnya | Daya ingat pasien dapat dikaji dengan menanyakan  data-data pasien yang sederhana |
| P : Sekarang Ibu M umurnya berapa?  K : Em…58  tahun | P : Mendekatkan diri ke K  K : Menoleh ke halaman dan terdiam beberapa lama  K : Menoleh P sebentar lalu menunduk lagi  P : Tersenyum | P mengkaji daya ingat K  P merasa arah pertanyaan sudah dapat dijawab jelas oleh K | K berusaha mengingat-ingat  K menjawab sesuai dengan daya ingat yang dimilikinya | Umur mempengaruhi daya ingat klien |
| P : Ibu M ingat nggak, kenapa pak Ong dirawat disini  K : iya mbak, aku sering marah- | P : Menunjukkan keseriusan  K : Menunduk  K : Menoleh ke P dan menepuk- | P berhati-hati karena pertanyaan tsb sangat spesifik dan takut menyinggung pasien | K mengingat- ingat  K menjawab ragu-ragu | Keluhan utama merupakan dasar pasien dirawat di RS Jiwa |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| marah mendengar orang berbahasa Madura gitu “ buang aja dilaut biar jadi ikan” | nepuk kepalanya | P lega karena K tidak tersinggung |  |  |
| P : ibu pernah mengamuk ? | P : Bertanya pelahan  K : Menunduk | P mengkaji lebih jauh alasan pasien dirawat | K mengingat- ingat | Halusinasi dapat terjadi kapan saja karena adanya stimulus tertentu |
| K : saya dirumah sering marah- marah mbak. | P :  Memperhatikan respon pasien | P kaget, dan sadar kalau pasien mengalami pendengaran | K mengalami halusinasi dengar |  |
| P : - | P : Masih kaget | P mendiamkan karena belum menemukan pertanyaan yang tepat untuk K  P menemukan adanya flight of ideas dan berpikir tentang faktor penyebab | K melihat kakaknya dan mencoba menceritakannya pada P  K teringat kondisi dirinya | Dengan diam therapeutik, klien merasa didengarkan dan bercerita tentang keadaannya |
|  | K : Memandang ke halaman |
| K : saya takut mbak, ada orang yang memarahi saya dengan berbahasa madura | P :  Memperhatikan |
| P : ibu sudah berkeluarga?  K : saya sudah jadi janda mbak, suami saya dan mertua saya dulu sering memarahi saya. Saya juga tidak punya anak | P : Mendekatkan diri  K : Memandang kosong ke halaman  K : Menunduk sambil nyerocos  P :  Memperhatikan | P berusaha mengkaji data yang terkait kata- katanya tadi  P menemukan adanya kemungkinan koping individu tidak efektif | K  membayangkan keadaan keluarganya  K merasa sedih | Hal ini yang menyebabkan halusinasi |
| P : - | P :  Memperhatikan K : Menunduk | P mendiamkan dengan harapan pasien akan lebih terbuka tetang dirinya | K  membayangkan keadaannya | Diam therapeutik akan membantu pasien mengungkapkan perasaannya pada perawat |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| K : semenjak itu saya sering mendengar orang memarahi saya mbak, setiap saya mendengar saya selalu marah | K : Berbisik pada P dengan nada sedih  P :  Mendengarkan dengan serius | P menemukan adanya fligt of ideas | K sedih tentang keadaannya setiap kali marah |  |
| P : Bu kegiatan Ibu sehari hari disini apa Bu ? | P : Menepuk bahu K  K : Menoleh P | P mencoba mengalihkan pembicaraan terkait waham | K teralih karena pertanyaan baru | Pengalihan agar klien tidak larut dalam halusinasinya |
| K : Mandi, makan, mengobrol dengan teman disini mbak | K : Menggaruk- garuk kepalanya  P :  Memperhatikan respon K | P merasa senang karena pasien bisa beralih | K bingung tentang yang dilakukannya sehari-hari |  |
| P : Kemudian?  K : ikut senam yang diadakan disini mbak | P : Menekankan pertanyaan  K : Menunduk  K : Menoleh P P :  Memperhatikan | P mencoba menggali data lebih dalam  P menemukan pasien realistis | K mengingat- ingat | Tehnik ekplorasi berguna untuk mendapatkan lebih banyak data terkait masalah klien |
| P : Ibu betah tinggal di sini?Suasananya enak ya! | P : Melihat halaman  K : menunduk | P mengalihkan perhatian K dari waham | K masih terbawa oleh halusinasi | Pengalihan agar pasien tidak larut padahalusinasiny  a pada fase interaksi ini |
| K : Betah. | K : Ikut melihat halaman  P :  memperhatikan | P senang karena dapat mengalihkan perhatian pasien | K berusaha menjawab sekenanya |  |
| P : Tentunya keluarga ibu Ong suka menjenguk | P : Memandang K sambil tersenyum | P ingin mengkaji keterlibatan keluarga terhadap | K berusaha mengingat keluarganya | Keluarga merupakan support sistem |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| kesini.  K : kadang kadang mbak | K : Menoleh P  K : Menunduk lagi  P :  Memperhatikan respon K | perawatan K  P senang mendapatkan jawaban K | K ingat terhadap keluarganya | bagi klien sehingga harus dikaji keterlibatannya |
| P : Biasanya siapa yang menjenguk ibu ?  K : Ya, kakak ku mbak | P : Memandang K  K : Menunduk  K : Menoleh P dan tersenyum  P :  Memperhatikan | P mengkaji hubungan K dengan keluarganya  P senang mendapatkan jawaban sesuai pertanyaan | K mengingat hubungannya dengan keluarga  K senang membayangkan dijenguk | Berada di lingkungan keluarga akan membuat klien melihat realitas menyenangkan atau malahan stressor |
| P : Kalau di rumah, ngapain aja Bu ?  K : ya mandi, makan, minum obat. Aku ga kerja mbak | P : Memandang K sambil tersenyum  K : Menoleh P lalu melihat ke halaman  K : Memandang P  P :  Memperhatikan respon K | P berusaha mengkaji aktivitas K di rumah  P menemukan klien realistis | K mengingat aktivitasnya di rumah | Aktivitas di rumah merupakan data pantas tidaknya pasien dilibatkan dalam keluarga |
| P : Suka ngobrol nggak dengan keluarga  K : kadang kadang mbak | P : Memandang K  K : Menunduk  K : Menunduk P : | P mengkaji peran keluarga terhadap K  P mendapatkan data menarik diri | K mengingat aktivitasnya di rumah  K sepertinya kurang suka mengobrol | Menarik diri membuat K asyik dengan dunianya sendiri |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Memperhatikan | pada K | dengan keluarga |  |
| P : Bagaimana perasaan Pak Ong sekarang? | P : Memandang K  K : Menunduk | P mengalihkan topik bahasan | K bingung dengan pertanyaan yang diberikan |  |
| K : biasa aja mbak | K : Menggaruk- garuk kepala  P :  Memperhatikan | P bingung harus ngobrol tentang apa lagi | K menjawab tentang keadaannya |
| P : -  K : aku sedih mbak, aku jadi janda | P : Memandang halaman  K : Ikut memandang halaman  K : merasa sedih | P memikirkan topik lain yang terkait  P kaget karena kembali menemukan adanyapenyebab halusinasinya | K merenungkan keadaannya | Diam berguna untuk memikirkan interaksi selanjutnya |
| P : kita tadi sudah berkenalan, masih inget nggak nama saya? | P : Memandang K  K : Menoleh | P ingin mengakhiri fase I karena sudah cukup banyak data yang terkaji | K memperhatikan P | Evaluasi fase I berhasil jika K dapat mengingat nama P sehingga nantinya terjalin  trust |
| K : Mbak Tiara |  |  |  |  |
|  | K : Memandang P dan tersenyum | P senang karena K ingat nama P | K mengingat- ingat nama P |  |
|  | P :  Memperhatikan |  |  |  |
| P : Nah, saya senang sekali bisa ngobrol dengan ibu. Bagaimana kalau selesai makan kita  ngobrol lagi? | P : Menepuk bahu K  K : Menoleh dan tersenyum | P memberikan reinforcement pada K | K senang diberikan reinforcement | Kontrak berikutnya harus ditentukan dan harus mendapatkan persetujuan klien  agar klien ingat |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Sebentar saja kok, yach cukup 20 menit saja.  K : Boleh | K : Tersenyum P : Tersenyum | P senang karena K mau menentukan kontrak berikutnya | K ikut menentukan kontrak | terhadap kontrak |
| P : Nah kalau Ibu setuju, nanti kita ngobrol tentang perasaan ibu terhadap keluarga.  Sekalian saya periksa tekanan darahnya ya.  K : Ya, ya…. | P : Memandang K  K : Menunduk  K : Mengangguk P : Tersenyum | P menentukan topik dan aktivitas pada kontrak berikutnya  P senang karena K setuju dengan kegiatan yang akan dilaksanakan | K memikirkan tentang kegiatan yang ditawarkan  K setuju tentang kegiatan yang akan dilaksanakan | Kegiatan yang akan dilaksanakan harus mendapat persetujuan K sehingga bila K keluar dari kegiatan dimaksud, bisa diingatkan tentang batasan kegiatan sesuai kontrak |
| P : Terimakasih atas kesediaan ibu ngobrol dengan saya, selamat pagi  K : pagi | P : Menepuk bahu K dan mengulurkan jabat tangan  K : Menoleh, menjabat tangan P  K : Tersenyum lalu menunduk  P : Tersenyum | P menutup fase I  P senang karena K mau berinteraksi dengan P | K menunjukkan rasa percaya pada P  K menyambut salam P | Salam penutup merupakan akhir fase yang harus dilakukan untuk mencegah tidak percaya pada klien |

KESAN PERAWAT :

Fase awal yaitu fase I (SP 1 dapat dilaksanakan dengan baik.Klien cukup kooperatif walaupun sering terganggu dengan halusinasinya. Data yang tergali adalah data mengenai harga diri rendah kronik, halusinasi lihat, menarik diri, koping individu tidak efektif, koping keluarga kurang efektif, flight of ideas dan ideal diri yang tinggi. Kontrak selanjutnya telah dilaksanakan dan pasien menerima kontrak tersebut. Secara umum proses interaksi sudah dapat dilanjutkan dengan fase berikutnya yaitu fase 2 (SP 2)