

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. E MASALAH UTAMA  
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI HALUSINASI PENDENGARAN  
DENGAN DIAGNOSIS MEDIS SKIZOAFEKTIF TIPE DEPRESI  
DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT JIWA MENUR**



**Oleh:**

**NIA RAHMAWATI ARIF, S.Kep**  
**NIM. 2130118**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2022**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. E MASALAH UTAMA  
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI HALUSINASI PENDENGARAN  
DENGAN DIAGNOSIS MEDIS SKIZOAFEKTIF TIPE DEPRESI  
DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT JIWA MENUR**

**Diajukan untuk memperoleh gelar Ners  
Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya**



**Oleh:**

**NIA RAHMAWATI ARIEF, S.Kep**  
**NIM. 2130118**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2022**

## SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya.

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

Surabaya, 06 Juli 2022



**Nia Rahmawati Arif, S.Kep**  
**NIM. 2130118**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

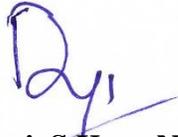
Nama : Nia Rahmawati Arif, S.Kep  
NIM : 2130118  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.E Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Dengan Diagnosis Medis Skizoafektif Tipe Depresi Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa Karya Ilmiah Akhir ini guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar :

**NERS (Ns)**

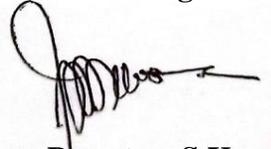
Surabaya, 06 Juli 2022

**Pembimbing I**



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

**Pembimbing II**



**Oyang Prasetya, S.Kep.,Ns**  
NIP.198308192022211002

**Mengetahui,  
Stikes Hang Tuah Surabaya  
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Dr. Hidayatus Sya'divah, S.Kep., Ns., M.Kep**  
NIP. 03009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya  
Tanggal : 06 Juli 2022

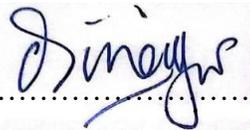
## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Nia Rahmawati Arif, S.Kep  
NIM : 2130118  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.E Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Dengan Diagnosis Medis Skizoafektif Tipe Depresi Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di STIKES Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya.

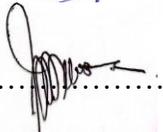
**Penguji Ketua** : Dini Mei W., S.Kep., Ns., M.Kep  
NIP. 03011

()

**Penguji I** : Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes  
NIP. 03007

()

**Penguji II** : Oyang Prasetya, S.Kep., Ns  
NIP.198308192022211002

()

**Mengetahui,  
Stikes Hang Tuah Surabaya  
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Dr. Hidayatus Sya'divah, S.Kep., Ns., M.Kep**  
NIP. 03009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya  
Tanggal : 06 Juli 2022

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah –Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. E Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Dengan Diagnosa Medis Skizoafektif Tipe Depresi Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur” dapat selesai sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya Ilmiah Akhir ini diselesaikan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Karya Ilmiah Akhir ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Dalam kesempatan ini, perkenalkanlah penulis menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. dr. Muhammad Hafidin Ilham, SpAn., selaku Kepala Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur memberi izin dan lahan praktek untuk penyusunan Karya Ilmiah dan selama kami berada di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A.V.Sri Suhardiningsih, S.Kep.,M.Kes selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Puket 1, Puket 2 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya.
4. Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi Pendidikan Profesi Ners.

5. Ibu Dini Mei Widayanti, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Penguji ketua terima kasih atas arahan, kritikan serta saran dalam pembuatan dan penyelesaian Karya Ilmiah ini.
6. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Pembimbing I, terima kasih telah membantu dalam proses penyempurnaan proses Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Bapak Oyang Prasetya, S.Kep.,Ns selaku Pembimbing II, yang telah dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan penyusunan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Seluruh dosen dan staf STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah banyak membantu proses kelancaran selama perkuliahan untuk menempuh studi di STIKES Hang Tuah Surabaya.
9. Kedua orang tua, kakak, dan adik tercinta beserta seluruh anggota keluarga saya yang telah memberikan doa motivasi dan dukungan moral maupun material kepada penulis dalam menempuh pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya.
10. Teman seperjuangan angkatan 12 di STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah membantu dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan sebaik-baiknya. Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan sehingga mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak agar dapat menyempurnakan dan bermanfaat terutama bagi masyarakat dan perkembangan ilmu keperawatan.

Surabaya, Juni 2022

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>KARYA ILMIAH AKHIR</b> .....	<b>i</b>
<b>SURAT PERNYATAAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	<b>xii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penulisan .....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat.....	5
1.5 Metode Penulisan .....	6
1.6 Sistematika Penulisan.....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>9</b>
2.1 Konsep Dasar Skizoafektif.....	9
2.1.1 Pengertian.....	9
2.1.2 Klasifikasi.....	9
2.1.3 Etiologi .....	10
2.1.4 Faktor Risiko .....	10
2.1.5 Manifestasi Klinis .....	11
2.1.6 Penatalaksanaan .....	13
2.1.7 Peran Keluarga Pada Pasien Skizoafektif .....	16
2.2 Konsep Dasar Halusinasi .....	17
2.2.1 Pengertian.....	17
2.2.2 Proses Terjadinya Halusinasi .....	18
2.2.3 Rentang Respon Neurobiologis Halusinasi.....	19
2.2.4 Jenis-Jenis Halusinasi.....	21
2.2.5 Mekanisme Koping .....	23
2.2.6 Fase-fase Halusinasi .....	23
2.2.7 Manifestasi Klinis .....	25
2.2.8 Penatalaksanaan .....	26
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi .....	28
2.3.1 Pengkajian .....	28
2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	34
2.3.3 Intervensi Keperawatan.....	35
2.3.4 Implementasi Keperawatan .....	37
2.3.5 Evaluasi Keperawatan .....	37

2.3.6	Pohon Masalah Halusinasi .....	37
2.4	Konsep Komunikasi Terapeutik .....	38
2.5	Konsep Adaptasi Stress Stuart .....	40
2.6	Web Of Caution Halusinasi .....	44
2.7	Literatur Review .....	45
<b>BAB 3</b>	<b>TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>49</b>
3.1	Pengkajian .....	49
3.1.1	Identitas Pasien .....	49
3.1.2	Alasan Masuk .....	49
3.1.3	Faktor Predisposisi .....	49
3.1.4	Pemeriksaan Fisik .....	50
3.1.5	Psikososial .....	51
3.1.6	Status Mental .....	53
3.1.7	Kebutuhan Persiapan Pulang .....	55
3.1.8	Mekanisme Koping .....	57
3.1.9	Masalah Psikososial dan Lingkungan .....	57
3.1.10	Pengetahuan Kurang Tentang .....	58
3.1.11	Data Lain-Lain .....	58
3.1.12	Aspek Medik .....	58
3.1.13	Daftar Masalah Keperawatan .....	59
3.2	Diagnosa Keperawatan .....	59
3.3	Pohon Masalah .....	60
3.4	Analisa Data .....	61
3.5	Rencana Keperawatan .....	62
3.6	Implementasi dan Evaluasi .....	71
<b>BAB 4</b>	<b>PEMBAHASAN .....</b>	<b>77</b>
4.1	Pengkajian .....	77
4.2	Diagnosa Keperawatan .....	80
4.3	Perencanaan Keperawatan .....	80
4.4	Tindakan Keperawatan .....	81
4.5	Evaluasi Keperawatan .....	82
<b>BAB 5</b>	<b>PENUTUP.....</b>	<b>84</b>
5.1	Kesimpulan .....	84
5.2	Saran .....	85
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>87</b>

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel 2.1</b> Literatur Review.....	45
<b>Tabel 3.1</b> Analisa Data .....	61
<b>Tabel 3.2</b> Rencana Keperawatan .....	62
<b>Tabel 3.3</b> Implementasi dan Evaluasi.....	71

## DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar 2.1</b> Rentang Respon Neurobiologis Halusinasi .....	19
<b>Gambar 2.2</b> Pohon Masalah Halusinasi.....	37
<b>Gambar 2.3</b> Konsep Adaptasi Stress Stuart.....	40
<b>Gambar 2.4</b> Web Of Caution Halusinasi.....	44
<b>Gambar 3.1</b> Genogram Ny.E .....	51
<b>Gambar 3.2</b> Pohon Masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran pada Ny “E” .....	60

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>Lampiran 1</b> <i>Curriculum Vitae</i> .....	89
<b>Lampiran 2</b> Motto Dan Persembahan.....	90
<b>Lampiran 3</b> Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Halusinasi Pendengaran .....	91
<b>Lampiran 4</b> Analisa Proses Interaksi (API).....	101
<b>Lampiran 5</b> Satuan Acara Penyuluhan (SAP) Kontrol Dan Minum Obat .....	111
<b>Lampiran 6</b> Leaflet Kepatuhan Minum Obat .....	119
<b>Lampiran 7</b> Jurnal Kesehatan Jiwa.....	120

## DAFTAR SINGKATAN

BAB/BAK	: Buang Air Besar/Buang Air Kecil
BHSP	: Bina Hubungan Saling Percaya
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
ECT	: Efek Electro Convulsive Therapy
HB	: Hemoglobin
HCT	: Hematokrit
HDR	: Harga Diri Rendah
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
MADRS	: <i>Montgomery-Asberg Depression Rating Scale</i>
MRS	: Masuk Rumah Sakit
NAPZA	: Narkotika, Alkohol, Psikotropika, dan Zat Adiktif Lainnya
PANSS-EC	: <i>Positive And Negative Syndrome Scale - Excited Component</i>
PLT	: <i>Platelet</i>
RBC	: <i>Red Blood Cell</i>
RM	: Rekam Medik
RSJ	: Rumah Sakit Jiwa
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SOAP	: Subjektif, Objektif, Penilaian, Perencanaan
SP	: Strategi Pelaksanaan
SSRIS	: <i>Selective Serotonin Reuptake Inhibitors</i>
STIKES	: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
TAK	: Terapi Aktivitas Kelompok
THP	: <i>Trihexypenidil</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WBC	: <i>White Blood Cell</i>
YMRS	: <i>Young Mania Rating Scale</i>

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Gangguan jiwa adalah pola perilaku atau psikologis yang ditunjukkan oleh individu yang menyebabkan distress, disfungsi, dan menurunkan kualitas kehidupan. Hal ini mencerminkan disfungsi psikobiologis dan bukan sebagai akibat dari penyimpangan sosial atau konflik dengan masyarakat (Stuart, 2016). Gangguan jiwa dibagi menjadi beberapa jenis, salah satunya adalah Skizoafektif. Gangguan skizoafektif adalah penyakit dengan gejala psikotik persisten seperti halusinasi atau delusi, terjadi secara bersamaan dengan masalah suasana (*mood disorder*) seperti depresi, manik, campuran (Putra, 2020). Seseorang dengan gangguan skizoafektif memiliki perubahan suasana hati berat dan gejala psikotik skizofrenia, seperti halusinasi, delusi, dan cara berpikir yang tidak teratur. Salah satu gejala yang menyertai skizoafektif adalah halusinasi. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan persepsi sensori, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan atau perabaan. Halusinasi yang paling umum adalah halusinasi pendengaran yaitu 70%, halusinasi visual 20%, dan 10% adalah halusinasi rasa, sentuhan dan ciuman. (Sutejo, 2018).

Data (WHO, 2019), 1 dari setiap 8 orang, atau 970 juta orang di seluruh dunia hidup dengan gangguan mental. Terdapat 0,2 % sampai 9 % populasi umum di

Amerika Serikat di rawat di rumah sakit karena gangguan skizoafektif. Menurut Riskesdes, (2018), didapatkan data nasional tentang angka kejadian gangguan jiwa berat di Jawa Timur sebesar 1,4 % dan Surabaya tercatat sebanyak 0,2 %. Sedangkan gangguan mental emosional (seperti kecemasan, dll) sebesar 35 % dan di Surabaya tercatat 18,8 %. Berdasarkan hasil pencatatan hasil penelitian data Rekam Medis Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur ditemukan masalah keperawatan pada klien rawat inap yaitu, pada tahun 2020 di temukan masalah 5 bulan terakhir yang berjumlah 2,875 orang, dengan rincian perilaku kekerasan 52 %, halusinasi 25 %, harga diri rendah 8%, deficit perawatan diri 2,3 %, isolasi sosial 10 %, sedangkan waham 1,7 % dan resiko bunuh diri 1 %.

Gangguan skizoafektif diperkirakan terjadi lebih sering daripada gangguan bipolar. Prevalensi dan onset umur pada wanita lebih tinggi daripada pria. Pada usia tua gangguan skizoafektif tipe depresi lebih sering sedangkan untuk usia muda lebih sering gangguan skizoafektif tipe bipolar. Laki-laki dengan gangguan skizoafektif kemungkinan menunjukkan perilaku antisosial (Hasanah, 2015). Salah satu gejala psikotik dari skizoafektif yaitu halusinasi. Gejala atau perilaku yang sering terjadi pada pasien gangguan jiwa terkait dengan halusinasi yaitu berbicara sendiri, senyum sendiri, tertawa sendiri, menatap ke suatu titik, pergerakan mata yang cepat, berusaha menghindari orang lain, tidak bisa membedakan mana yang nyata atau tidak nyata, tidak jarang juga orang dengan gangguan jiwa tidak mau mandi dan memiliki perilaku yang aneh (Muhith, 2015). Halusinasi menjadi salah satu masalah kesehatan jiwa yang cukup serius. Menurut (Dwiranto et al., 2021) apabila pasien dengan halusinasi tidak segera dilakukan pengobatan maka berdampak sangat merugikan diri sendiri maupun

orang lain, seperti melukai diri sendiri dan orang lain, terjadi gangguan orientasi realita, isolasi sosial: menarik diri, koping individu tidak efektif, defisit perawatan diri, potensi amuk. Halusinasi juga berpotensi menyebabkan gangguan defisit nutrisi.

Upaya yang dilakukan perawat pada salah satu wisma di RSJ Menur diantaranya dengan menggunakan standar asuhan keperawatan (SAK). Perawat sebagai pelaksana asuhan keperawatan bertanggung jawab memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi. Disamping itu pemberian terapi dalam penanganan pasien halusinasi juga dengan melakukan tindakan keperawatan spesial seperti terapi aktifitas kelompok stimulus persepsi dan terapi kognitif perilaku sehingga dapat membantu dalam proses penyembuhan (Hasanah, 2015). Selanjutnya dilakukan rehabilitasi, namun upaya tersebut dirasa masih kurang berhasil dan belum membuahkan hasil dilihat dari masih banyaknya pasien dengan masalah gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran. Menurut (Sinurat, 2019) dalam pemberian asuhan keperawatan, dukungan keluarga sangat penting untuk ikut berperan dalam mencegah terjadinya kekambuhan, karena peran keluarga yang membuat keyakinan penderita skizoafektif akan kesembuhan tentang dirinya meningkat, dan mempunyai semangat dalam proses penyembuhan dan rehabilitasi. Kondisi keluarga yang saing mendukung, menghargai, dan mempunyai pandangan positif menghasilkan perasaan positif yang berarti. Serta pemberian terapi dengan obat-obatan sangat membantu pasien untuk menjadi lebih tenang.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini, maka penulis akan melakukan kajian lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan jiwa dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.E Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Dengan Diagnosa Medis Skizoafektif Tipe Depresi Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur ?”.

## **1.3 Tujuan Penulisan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.E Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Dengan Diagnosa Medis Skizoafektif Tipe Depresi Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengkaji Ny.E Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Dengan Diagnosa Medis Skizoafektif Tipe Depresi Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan jiwa pada Ny.E Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Dengan Diagnosa Medis Skizoafektif Tipe Depresi Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur.
3. Merencanakan asuhan keperawatan jiwa pada Ny.E Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Dengan Diagnosa Medis Skizoafektif Tipe Depresi Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur.

4. Melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada Ny.E Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Dengan Diagnosa Medis Skizoafektif Tipe Depresi Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur.
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan jiwa pada Ny.E Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Dengan Diagnosa Medis Skizoafektif Tipe Depresi Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa pada Ny.E Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Dengan Diagnosa Medis Skizoafektif Tipe Depresi Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur.

#### **1.4 Manfaat**

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

##### **1.4.1 Akademis**

Hasil karya ilmiah akhir ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam asuhan keperawatan jiwa dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran.

##### **1.4.2 Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat :**

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil karya ilmiah akhir ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran dengan baik.

2. Bagi peneliti

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

3. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran.

## **1.5 Metode Penulisan**

### **1.5.1 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.

### **1.5.2 Teknik Pengumpulan Data**

1. Wawancara

Data diambil/ diperoleh melalui percakapan dengan pasien dan tenaga kesehatan lain.

2. Observasi

Hasil data yang diambil melalui wawancara berlangsung dan sesuai kondisi pasien.

### 3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan dengan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

#### **1.5.3 Sumber Data**

##### 1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari pasien.

##### 2. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medic perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan.

#### **1.5.4 Studi Kepustakaan**

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

### **1.6 Sistematika Penulisan**

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

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

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

BAB 2: Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa utama Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran, serta kerangka masalah.

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

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

BAB 5: Penutup, berisi tentang simpulan dan saran

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

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab 2 diuraikan tentang konsep teoritis sebagai landasan dalam studi kasus yang meliputi: Konsep skizoafektif, Konsep halusinasi, Konsep asuhan keperawatan.

#### **2.1 Konsep Dasar Skizoafektif**

##### **2.1.1 Pengertian**

Skizoafektif merupakan gangguan yang memiliki ciri skizofrenia dan gangguan afektif yang sama-sama menonjol pada saat yang bersamaan. Gangguan skizoafektif adalah penyakit dengan gejala psikotik yang persistem seperti halusinasi atau delusi, terjadi secara bersamaan dengan masalah suasana (*mood disorder*) seperti depresi, manik, atau episode campuran. Gangguan skizoafektif diperkirakan terjadi lebih sering daripada gangguan bipolar (Hasanah, 2015).

##### **2.1.2 Klasifikasi**

Menurut (Annisa & Ikawati, 2021) Skizoafektif terdiri menjadi tiga golongan, yaitu :

1. Skizoafektif tipe manik (F25.0)

Merupakan suatu gangguan psikotik dengan gejala skizofrenia dan manik sama-sama menonjol dalam satu episode.

2. Skizoafektif tipe depresi (F25.1)

Merupakan suatu gangguan psikotik dengan gejala skizofrenia dan depresi sama-sama menonjol dalam satu episode yang sama.

3. Skizoafektif tipe campuran (F25.2)

Merupakan suatu gangguan psikotik dengan gejala skizofrenia disertai dengan gejala depresif dan manik.

### **2.1.3 Etiologi**

Menurut (Wijaya, 2018) penyebab gangguan skizoafektif mungkin mirip dengan etiologi skizofrenia. Oleh karena itu etiologi gangguan skizoafektif juga mencakup kausa genetik dan lingkungan. Penyebab gangguan skizoafektif belum diketahui, tetapi empat model konseptual telah diajukan yaitu: (1) Gangguan skizoafektif merupakan suatu tipe skizofrenia atau suatu tipe gangguan mood. (2) Gangguan skizoafektif merupakan ekspresi bersama-sama dari skizofrenia dan gangguan mood. (3) Gangguan skizoafektif merupakan suatu tipe psikosis ketiga yang berbeda, tipe yang tidak berhubungan dengan skizofrenia maupun gangguan mood. (4) Kemungkinan terbesar bahwa gangguan skizoafektif adalah kelompok gangguan yang heterogen yang meliputi semua tiga kemungkinan pertama. Sebagian besar penelitian telah menganggap pasien dengan gangguan skizoafektif sebagai suatu kelompok heterogen.

### **2.1.4 Faktor Risiko**

Menurut (Kartikadewi, 2015) faktor risiko dari skizoafektif adalah:

1. Skizoafektif depresi lebih sering pada orang tua
2. Tipe bipolar lebih sering pada dewasa muda
3. Prevalensi perempuan lebih tinggi, terutama wanita menikah
4. Apabila terjadi pada laki-laki maka akan bersamaan dengan perilaku antisosial dan efek yang tumpul

### 2.1.5 Manifestasi Klinis

Pada gangguan skizoafektif gejala klinis berupa gangguan episodik gejala gangguan mood maupun gejala skizofrenianya menonjol dalam episode penyakit yang sama, baik secara simultan atau secara bergantian dalam beberapa hari.

PPDGJ-III dalam (Wijaya, 2018) gejala klinis berdasarkan pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas:

1. “*Thought echo*” : isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras), dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda ; atau “*thought insertion or withdrawal*” : isi yang asing dan luar masuk ke dalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*) ; dan “*trought broadcasting*” : isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya;
2. “*Delusion of control*”: waham tentang dirinya ikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau “*delusion of passivity*”: waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar; (tentang dirinya: secara jelas merujuk kepergerakan tubuh/ anggota gerak atau ke pikiran, tindakan, atau penginderaan khusus). “*Delusion perception*”: pengalaman indrawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat.
3. Halusinasi auditorik: suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien, atau mendiskusikan perihal pasien di antara mereka

sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara), atau jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.

4. Waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu, atau kekuatan dan kemampuan di atas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca, atau berkomunikasi dengan makhluk asing dan dunia lain).
5. Halusinasi yang menetap dan panca-indra apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide berlebihan (*over-valued ideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus menerus.
6. Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh-gelisah (*excitement*), posisi tubuh tertentu (*posturing*), atau *fleksibilitas cerea*, *negativisme*, *mutisme*, dan *stupor*.
7. Arus pikiran yang terputus (*break*) atau yang mengalami sisipan (*interpolation*), yang berakibat inkoherensi atau pembicaraan yang tidak relevan, atau neologisme.
8. Gejala-gejala negatif, seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respon emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial, tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika.

### 2.1.6 Penatalaksanaan

Menurut (Aprian, 2019) penatalaksanaan dari skizoafektif yaitu:

#### 1. Fase akut

##### a. Skizoafektif, Tipe Manik atau Tipe Campuran

##### 1) Farmakoterapi

Injeksi :

- a) Olanzapin, dosis 10 mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 30mg/hari
- b) Aripiprazol, dosis 9,75 mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 29,25 mg/hari.
- c) Haloperidol, dosis 5mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap setengah jam, dosis maksimum 20mg/hari.
- d) Diazepam 10mg/2 mL injeksi intravena/ intramuskulus, dosis maksimum 30mg/hari.

Oral :

- a) Olanzapin 1 x 10-30 mg / hari atau risperidone 2 x 13 mg / hari atau quetiapin hari I (200mg), hari II (400 mg), hari III (600 mg) atau hari I (1x300 mg XR), dan seterusnya dapat dinaikkan menjadi 1x600 mg-XR) atau aripiprazol 1 x 10-30 mg / hari
- b) Litium karbonat 2 x 400 mg, dinaikkan sampai kisaran terapeutik 0,8-1,2 mEq/L (biasanya dicapai dengan dosis litium karbonat 1200-1800 mg / hari, pada fungsi ginjal normal) atau divalproat dengan dosis 2 x 250 mg / hari (atau konsentrasi plasma 50-125 µg/L) atau 1-2 x500mg/hari ER.

- c) Lorazepam 3 x 1-2 mg/hari kalau perlu (gaduh gelisah atau insomnia).
- d) Haloperidol 5-20 mg/hari

Terapi (Monoterapi) :

- a) Olanzapin, Risperidon, Quetiapin, Aripiprazol
- b) Litium, Divalproat.

Terapi Kombinasi :

- a) Olz +; Li/Dival Olz + Lor; Olz + Li/Dival+Lor
- b) Ris + Li/Dival; Ris + Lor; Ris + Li/Dival + Lor
- c) Que + Li/Dival
- d) Aripip + Li/Dival; Aripip + Lor; Aripip + Li/Dival + Lor Lama pemberian obat untuk fase akut adalah 2-8 minggu atau sampai tercapai remisi absolut yaitu YMRS  $\leq$  9 atau MADRS  $\leq$  11 dan PANSS-EC  $\leq$  3 per butir PANSS-EC.

2) Psikoedukasi

3) Terapi lainnya : ECT (untuk pasien refrakter)

b. Skizoafektif, Tipe Depresi

1) Psikofarmaka

Injeksi :

- a) Olanzapin, dosis 10mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 30mg/hari
- b) Aripiprazol, dosis 9,75mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 29,25mg/hari.

- c) Haloperidol, dosis 5mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap setengah jam, dosis maksimum 20mg/hari
- d) Diazepam 10mg/2 mL injeksi intravena/intramuskulus, dosis maksimum 30mg/hari

Oral :

- a) Litium 2 x 400 mg/hari, dinaikkan sampai kisaran terapeutik 0,8-1,2 mEq/L (biasanya dicapai dengan dosis litium karbonat 1200-1800 mg/hari, pada fungsi ginjal normal) atau divalproat dengan dosis awal 3 x 250 mg/hari dan dinaikkan setiap beberapa hari hingga kadar plasma mencapai 50-100 mg/L atau karbamazepin dengan dosis awal 300-800 mg/hari dan dosis dapat dinaikkan 200 mg setiap 2-4 hari hingga mencapai kadar plasma 4-12 µg/mL sesuai dengan karbamazepin 800-1600 mg/hari atau lamotrigin dengan dosis 200-400 mg/ hari
  - b) Antidepresan, SSRI, misalnya fluoksetin 1 x 10-20 mg/hari
  - c) Antipsikotika generasi kedua, 1 x 10-30 mg/hari atau risperidone 2 x 1-3 mg/hari atau quetiapin hari I (200mg), hari II (400 mg), hari III (600 mg) dan seterusnya atau aripirazol 1 x 10-30mg/hari.
  - d) Haloperidol 5-20 mg/hari. Lama pemberian obat untuk fase akut adalah 2-8 minggu atau sampai tercapai remisi absolut yaitu YMRS  $\leq$  9 atau MADRS  $\leq$  11 dan PANSS-EC  $\leq$  3 untuk tiap butir PANSS EC.
- 2) Psikoedukasi
  - 3) Terapi Lainnya : ECT untuk pasien refrakter terhadap obat atau katatonik.

## 2. Fase lanjutan

### 1) Psikofarmaka

Terapi (Monoterapi) :

- a) Litium karbonat 0,6-1 mEq/L biasanya dicapai dengan dosis 900-1200 mg / hari sekali sedengan dosis 500 mg/ hari
- b) Olanzapin 1 x 10 mg/hari
- c) Quetiapin dengan dosis 300 – 600 mg/hari
- d) Risperidon dengan 1-4 mg/hari
- e) Aripirazol dengan dosis 10-20 mg/har

Terapi Kombinasi :

Kombinasi obat-obat di atas. Penggunaan antidepresan jangka panjang untuk skizoafektif tipe episode depresi mayor tidak dianjurkan karena dapat menginduksi terjadinya episode manik.

- a) Klozapin dosis 300-750mg/hari (pasien yang refrakter), lama pemberian obat fase lanjutan 2-6 bulan sampai tercapai *recovery* yaitu bebas gejala selama 2 bulan.

### 2) Psikoedukasi

#### **2.1.7 Peran Keluarga Pada Pasien Skizoafektif**

Menurut (Yosep, 2014) penderita gangguan jiwa memiliki kecenderungan kekambuhan yang mengalami perawatan kembali di rumah sakit, hal ini disebabkan karena kurangnya kunjungan dari keluarga. Keluarga merupakan system pendukung utama untuk memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan sehat sakit penderita. Oleh karena itu, perawatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan bukan

hanya memulihkan keadaan penderita, tetapi bertujuan untuk mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi kesehatan dalam keluarga.

Keluarga diharapkan dapat/mampu melakukan lima tugas kesehatan yaitu:

- 1) Mengetahui masalah kesehatan
- 2) Membuat keputusan tindakan kesehatan
- 3) Memberi perawatan pada anggota yang sehat
- 4) Menciptakan lingkungan keluarga yang sehat
- 5) Menggunakan sumber yang ada dalam masyarakat

Dengan dukungan keluarga yang seimbang bagi penderita skizoafektif diharapkan dapat meningkatkan keinginan untuk sembuh dan memperkecilkan kekambuhannya.

## **2.2 Konsep Dasar Halusinasi**

### **2.2.1 Pengertian**

Istilah halusinasi berasal dari bahasa latin *hallucination* yang bermakna secara mental mengembara atau menjadi linglung. Halusinasi merupakan suatu gejala gangguan jiwa di mana pasien merasakan suatu stimulus yang sebenarnya tidak ada. Pasien mengalami perubahan sensori persepsi; merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan pengecapan perabaan, atau penciuman (Sutejo, 2018).

Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Pasien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh pasien mengatakan mendengar suara padahal tidak ada orang yang berbicara. Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan sensori persepsi: merasakan sensori palsu berupa suara, penglihatan,

pengecapan, perabaan, atau penghiduan. Halusinasi adalah persepsi pasien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, artinya pasien menginterpretasikan sesuatu yang nyata tanpa stimulus/rangsangan dari luar (Direja, 2017).

### **2.2.2 Proses Terjadinya Halusinasi**

Proses terjadinya halusinasi dijelaskan dengan menggunakan konsep stress adaptasi (Stuart, 2016) yang meliputi stressor dari faktor predisposisi dan presipitasi:

#### 1. Faktor predisposisi

##### a. Faktor biologis

Adanya riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa (herediter), riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan narkoba, psikotropika dan zat adiktif lain (NAPZA).

##### b. Faktor psikologis

Memiliki riwayat kegagalan yang berulang. Menjadi korban, pelaku maupun saksi dari perilaku kekerasan serta kurangnya kasih sayang dari orang-orang disekitar atau *overprotektif*.

##### c. Sosiobudaya dan lingkungan

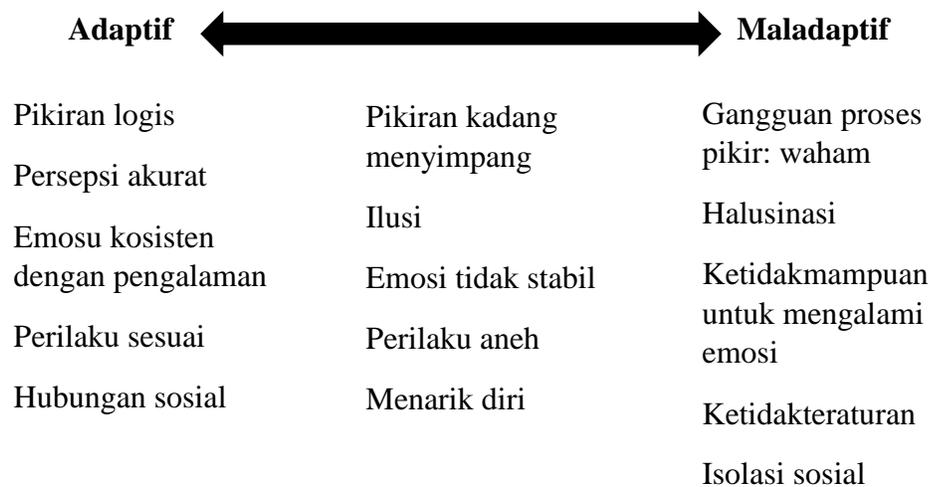
Sebagian besar pasien halusinasi berasal dari keluarga dengan sosial ekonomi rendah, selain itu pasien memiliki riwayat penolakan dari lingkungan pada usia perkembangan anak, pasien halusinasi seringkali memiliki tingkat pendidikan yang rendah serta pernah mengalami kegagalan dalam hubungan sosial (perceraian, hidup sendiri), serta tidak bekerja.

## 2. Faktor presipitasi

Stressor presipitasi pasien gangguan persepsi sensori halusinasi ditemukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, adanya riwayat kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan-kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan dikeluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan pasien serta konflik antar masyarakat.

### 2.2.3 Rentang Respon Neurobiologis Halusinasi

Rentang respons neurobiologis yang paling adaptif adalah adanya pikiran logis, persepsi akurat, emosi yang konsisten dengan pengalaman, perilaku cocok, dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Sementara itu, respons maladaptif meliputi adanya waham, halusinasi, kesukaran proses emosi, perilaku tidak terorganisasi, dan isolasi social: menarik diri. Berikut adalah gambaran rentang respons neurobiologis.



**Gambar 2.1 Rentang respon neurobiologis halusinasi (Stuart, 2016)**

Keterangan Gambar:

1. Respon adaptif adalah respon yang masih dapat diterima oleh norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu dalam batas normal jika

menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut. Respon adaptif berupa:

- a. Pikiran logis adalah pikiran yang mengarah pada kenyataan
- b. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan
- c. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari hati sesuai dengan pengalaman
- d. Perilaku sesuai adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran
- e. Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan

2. Respon psikososial, antara lain:

- a. Proses piker terganggu adalah proses piker yang menimbulkan kekacauan/ mengalami gangguan
- b. Ilusi adalah interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang sungguh terjadi (objek nyata), karena rangsangan panca indera
- c. Emosi berlebihan atau berkurang
- d. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran
- e. Menarik diri yaitu percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain atau hubungan dengan orang lain

3. Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungannya. Respon maladaptif berupa:

- a. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial
- b. Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada
- c. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati
- d. Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu perilaku yang tidak teratur
- e. Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan di terima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu keadaan yang negatif mengancam

#### **2.2.4 Jenis-Jenis Halusinasi**

Menurut (Yosep, 2014) Terdapat beberapa jenis halusinasi yaitu :

##### **1. Halusinasi pendengaran (*auditif, akustik*)**

Sering dijumpai berupa bunyi mendenging atau suara bising yang tidak mempunyai arti, tetapi lebih sering terdengar sebagai sebuah kata atau kalimat yang bermakna. Biasanya suara tersebut ditujukan pada penderita sehingga tidak jarang penderita bertengkar dan berdebat dengan suara-suara tersebut. Suara tersebut dapat dirasakan berasal dari jauh atau dekat, bahkan mungkin datang dari tiap bagian tubuhnya sendiri. Suara bisa menyenangkan, menyuruh berbuat baik, tetapi dapat pula berupa ancaman, mengejek, memaki atau bahkan menakutkan dan terkadang mendesak/memerintah untuk berbuat sesuatu seperti membunuh dan merusak.

2. Halusinasi penglihatan (*visual*)

Lebih sering terjadi pada keadaan delirium. Biasanya sering muncul bersamaan dengan penurunan kesadaran, menimbulkan rasa takut akibat gambaran-gambaran yang mengerikan.

3. Halusinasi penciuman (*olfaktorik*)

Halusinasi ini biasanya berupa mencium bau tertentu dan perasaan tidak enak, melambangkan rasa bersalah pada penderitanya. Bau dilambangkan sebagai pengalaman yang dirasakan penderita sebagai kombinasi moral.

4. Halusinasi pengecap (*gustatorik*)

Meski jarang, biasanya disertai halusinasi penciuman, penderita merasa seperti sedang mencicipi sesuatu.

5. Halusinasi raba (*taktil*)

Merasa diraba, disentuh, ditiup atau seperti ulat, bergerak di bawah kulit. Terutama dalam keadaan delirium toksik dan skizofrenia.

6. Halusinasi seksual, ini termasuk halusinasi raba

Penderita merasa diraba dan diperkosa, sering pada skizofrenia dengan waham kebesaran terutama mengenai organ-organ.

7. Halusinasi kinestetik

Pasien merasa tubuhnya bergerak dalam suatu ruang atau anggota tubuhnya bergerak, misalnya “fenomena hantu” atau anggota badan yang diamputasi selalu bergerak (*phantom limb*). Seringkali pada skizofrenia dalam keadaan toksik tertentu akibat penggunaan obat-obatan tertentu.

## 8. Halusinasi *visceral*

Timbulnya perasaan tertentu di dalam tubuhnya.

### **2.2.5 Mekanisme Koping**

Mekanisme koping yang sering digunakan klien dengan halusinasi (Stuart, 2016):

1. Regrasi adalah perilaku menjadi malas beraktifitas sehari-hari
2. Proyeksi adalah mencoba menjelaskan gangguan persepsi dengan mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain atau sesuatu benda
3. Menarik diri adalah sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal
4. Keluarga mengingatkan masalah yang dialami oleh klien

### **2.2.6 Fase-fase Halusinasi**

Menurut (Direja, 2017) halusinasi berkembang melalui empat fase, yaitu sebagai berikut:

#### 1. Fase pertama

Disebut juga dengan fase *comforting* yaitu fase yang menyenangkan. Pada tahap ini masuk dalam golongan nonpsikotik. Karakteristik: pasien mengalami stress, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak, dan tidak dapat diselesaikan. Pasien mulai melamun dan memikirkan hal-hal yang menyenangkan, cara ini hanya menolong sementara.

Perilaku pasien: tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respons verbal yang lambat jika sedang asik dengan halusinasinya, dan suka menyendiri.

2. Fase kedua

Disebut dengan fase *condemning* atau ansietas berat yaitu, termasuk dalam psikotik ringan. Karakteristik: pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun, dan berfikir sendiri jadi dominan. Mulai dirasakan ada bisikan yang tidak jelas. Pasien tidak ingin orang lain tahu, dan tetap dapat mengontrol.

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

3. Fase ketiga

Adalah fase *controlling* atau ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa. Termasuk dalam gangguan psikotik. Karakteristik: bisikan, suara, isi halusinasi semakin menonjol, menguasai dan mengontrol pasien. Pasien menjadi terbiasa dan tidak berdaya terhadap halusinasinya.

Perilaku pasien: kemauan dikendalikan halusinasi, rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik. Tanda-tanda fisik berupa pasien berkeringat, tremor, dan tidak mampu mematuhi perintah.

4. Fase keempat

Adalah fase *conquering* atau panik yang pasien lebur dengan halusinasinya. Termasuk dalam psikotik berat. Karakteristik: halusinasinya berubah menjadi mengancam, memerintah, dan memarahi pasien. Pasien menjadi takut, tidak berdaya, hilang kontrol, dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain di lingkungan.

Perilaku pasien: perilaku terror akibat panik, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau kakatonik, tidak mampu merespons terhadap perintah kompleks, dan tidak mampu berespons lebih dari satu orang.

### **2.2.7 Manifestasi Klinis**

Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien. Adapun tanda dan gejala pasien halusinasi adalah:

#### **1. Data subjektif**

Berdasarkan data subjektif, pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi mengatakan bahwa pasien:

- a. Mendengar suara-suara atau kegaduhan
- b. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap
- c. Mendengar suara yang menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
- d. Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster
- e. Mencium bau-bauan seperti bau darah, urine, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan
- f. Merasakan rasa seperti darah, urine, atau feses
- g. Merasa takut atau senang dengan halusinasinya

#### **2. Data objektif**

- a. Bicara atau tertawa sendiri
- b. Marah-marah tanpa sebab
- c. Mengarahkan telinga ke arah tertentu
- d. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas

### 2.2.8 Penatalaksanaan

Menurut (Rahayu, 2016), penatalaksanaan pada pasien halusinasi pendengaran dibagi menjadi dua yaitu:

#### 1. Terapi farmakologi

##### a. Haloperidol

- 1) Klasifikasi : antipsikotik, neuroleptik, butirofenon
- 2) Indikasi : penatalaksanaan psikosis kronik dan akut, pengendalian hiperaktivitas dan masalah perilaku berat pada anak-anak
- 3) Mekanisme kerja : tampak menekan susunan saraf pusat pada tingkat subkortikal formasi retikular otak, mesencefalon dan batang otak
- 4) Kontraindikasi : hipersensitivitas terhadap obat ini pasien depresi SSP dan sumsum tulang belakang, kerusakan otak subkortikal, penyakit Parkinson dan anak dibawah usia 3 tahun
- 5) Efek samping : sedasi, sakit kepala, kejang, insomnia, pusing, mulut kering dan anoreksia

##### b. Clorpromazin

- 1) Klasifikasi : antipsikotik
- 2) Indikasi : skizofrenia, fase mania pada gangguan bipolar, ansietas dan agitasi, anak hiperaktif yang menunjukkan aktivitas motorik berlebih
- 3) Mekanisme kerja: berhubungan dengan efek antidopaminergik. Antipsikotik dapat menyekat reseptor dipamine postsinaps pada ganglia basa, hipotalamus, sistem limbik, batang otak dan medulla

- 4) Kontraindikasi : pasien koma atau depresi sumsum tulang, penyakit Parkinson, insufisiensi hati, ginjal dan jantung, anak dibawah usia 6 tahun dan wanita selama masa kehamilan dan laktasi
- 5) Efek samping : sedasi, sakit kepala, kejang, insomnia, pusing, hipertensi, ortostatik, hipotensi, mulut kering, mual dan muntah

c. *Trihexypenidil (THP)*

- 1) Klasifikasi : antiparkinson
- 2) Indikasi : segala penyakit Parkinson, gejala ekstra *pyramidal* berkaitan dengan obat antiparkinson
- 3) Mekanisme kerja : mengorks ketidakseimbangan defisiensi dopamine dan kelebihan asetilkolin dalam korpus striatum, asetilkolin disekat oleh sinaps untuk mengurangi efek kolinergik berlebihan
- 4) Kontraindikasi : glaucoma sudut tertutup, hipertropi prostat pada anak dibawah usia 3 tahun
- 5) Efek samping : mengantuk, pusing, disorientasi, hipotensi, mulut kering, mual dan muntah

2. Terapi Non Farmakologi

a. Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi aktivitas kelompok yang sesuai dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi adalah TAK stimulasi persepsi.

b. *Elektro Convulsive Therapy (ECT)*

Merupakan pengobatan secara fisik menggunakan arus listrik dengan kekuatan 75-100 volt, cara kerja belum diketahui secara jelas namun dapat

dikatakan bahwa terapi ini dapat memperpendek lamanya serangan skizofrenia dan dapat mempermudah kontak dengan orang lain.

c. Pengekangan atau pengikatan

Pengembangan fisik menggunakan pengekangan mekanik seperti manset untuk pergelangan tangan dan pergelangan kaki dimana pasien dapat dimobilisasi dengan membalutnya, cara ini dilakukan pada pasien halusinasi yang mulai menunjukkan perilaku kekerasan diantaranya marah-marah atau mengamuk.

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi**

### **2.3.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah proses untuk tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah pasien (Afnuhazi, 2015).

a. Identitas

Identitas ditulis lengkap meliputi nama, usia (90 persen pasien dalam pengobatan halusinasi adalah antara usia 15 dan 55 tahun), alamat, pendidikan, agama, status perkawinan, pekerjaan, jenis kelamin yang lebih berisiko yaitu laki-laki, nomor rekam medis dan diagnosa medisnya.

b. Alasan masuk

Menanyakan kepada klien/keluarga/pihak yang berkaitan dan tulis hasilnya, apa yang menyebabkan klien datang ke rumah sakit, apa yang sudah dilakukan oleh klien/ keluarga sebelumnya atau dirumah untuk mengatasi masalah ini dan bagaimana hasilnya. Klien dengan halusinasi biasanya dilaporkan oleh keluarga

bahwa klien sering melamun, menyendiri dan terlihat berbicara sendiri, tertawa sendiri suka berjalan tanpa tujuan, membanting peralatan dirumah, menarik diri.

c. Riwayat penyakit sekarang

Menanyakan riwayat timbulnya gejala gangguan jiwa saat ini, penyebab munculnya gejala, upaya yang dilakukan keluarga untuk mengatasi dan bagaimana hasilnya.

d. Faktor predisposisi

Menanyakan apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu, pengobatan yang pernah dilakukan sebelumnya, adanya trauma masa lalu, faktor genetik dan silsilah orang tuanya dan pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan.

- 1) Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa dan kurang berhasil dalam pengobatan
- 2) Pernah mengalami aniaya fisik, penolakan dan kekerasan dalam keluarga
- 3) Klien dengan gangguan orientasi bersifat herediter
- 4) Pernah mengalami trauma masa lalu yang sangat mengganggu

e. Faktor presipitasi

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

f. Pemeriksaan fisik

Mengkaji keadaan umum klien, tanda-tanda vital, tinggi badan/ berat badan, ada/tidak keluhan fisik seperti nyeri dan lain-lain.

g. Pengkajian psikososial

1) Genogram

Membuat genogram beserta keterangannya untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat keluarga yang menyebabkan menurunkan gangguan jiwa.

2) Konsep diri

- a) Citra tubuh, bagaimana persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuhnya yang paling/ tidak disukai.
- b) Identitas diri, bagaimana persepsi tentang status dan posisi klien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap suatu/posisi tersebut, kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan.
- c) Peran, bagaimana harapan klien terhadap tubuhnya, posisi, status, tugas/peran yang harapannya dalam keluarga, kelompok, masyarakat dan bagaimana kemampuan klien dalam melaksanakan tugas/peran tersebut.
- d) Ideal diri, bagaimana harapan klien terhadap tubuhnya, posisi, status, tugas/peran dan harapan klien terhadap lingkungan.
- e) Harga diri, bagaimana persepsi klien terhadap dirinya dalam hubungannya dengan orang lain sesuai dengan kondisi dan bagaimana penilaian/ penghargaan orang lain terhadap diri dan lingkungan klien
- f) Hubungan sosial : klien kurang dihargai di lingkungan dan keluarga.

g) Spiritual : nilai dan keyakinan biasanya klien dengan sakit jiwa dipandang tidak sesuai dengan agama dan budaya, kegiatan ibadah klien biasanya menjalankan ibadah di rumah sebelumnya, saat sakit ibadah terganggu atau sangat berlebihan.

### 3) Mental

#### a) Penampilan

Biasanya penampilan diri yang tidak rapi, tidak serasi atau cocok dan berubah dari biasanya.

#### b) Pembicaraan

Tidak terorganisir dan bentuk yang maladaptif seperti kehilangan, tidak logis, berbelit-belit.

#### c) Aktifitas motorik

Meningkat atau menurun, impulsif, kataton dan beberapa gerakan yang abnormal.

#### d) Alam perasaan

Berupa suasana emosi yang memanjang akibat dari faktor presipitasi misalnya sedih dan putus asa disertai apatis.

#### e) Afek : afek sering tumpul, datar, tidak sesuai dan ambivalen.

#### f) Interaksi selama wawancara

Selama berinteraksi dapat dideteksi sikap klien yang tampak komat kamit, tertawa sendiri, tidak terkait dengan pembicaraan.

#### g) Persepsi

Halusinasi apa yang terjadi dengan klien. Data yang terkait tentang halusinasi lainnya yaitu berbicara sendiri dan tertawa sendiri, menarik diri dan menghindar dari orang lain, tidak dapat membedakan nyata atau tidak nyata, tidak dapat memusatkan perhatian, curiga, bermusuhan, merusak, takut, ekspresi muka tegang, dan mudah tersinggung.

h) Proses pikir

Biasanya klien tidak mampu mengorganisir dan menyusun pembicaraan logis dan koheren, tidak berhubungan, berbelit. Ketidakmampuan klien ini sering membuat lingkungan takut dan merasa aneh terhadap klien.

i) Isi pikir

Keyakinan klien tidak konsisten dengan tingkat intelektual dan latar belakang budaya klien. Ketidakmampuan memproses stimulus internal dan eksternal melalui proses informasi dapat menimbulkan waham.

j) Tingkat kesadaran

Biasanya klien akan mengalami disorientasi terhadap orang, tempat dan waktu.

k) Memori

Terjadi gangguan daya ingat jangka panjang maupun jangka pendek, mudah lupa, klien kurang mampu menjalankan peraturan yang telah disepakati, tidak mudah tertarik.

l) Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Kurangnya kemampuan mengorganisasi dan konsentrasi terhadap realitas eksternal, sukar menyelesaikan tugas, sukar berkonsentrasi pada kegiatan

atau pekerjaan dan mudah mengalihkan perhatian, mengalami masalah dalam memberikan perhatian.

m) Kemampuan penilaian

Klien mengalami ketidakmampuan dalam mengambil keputusan, menilai dan mengevaluasi diri sendiri dan juga tidak mampu melaksanakan keputusan yang telah disepakati. Sering tidak merasa yang dipikirkan dan diucapkan adalah salah.

n) Daya tilik diri

Klien mengalami ketidakmampuan dalam mengambil keputusan. Menilai dan mengevaluasi diri sendiri, penilaian terhadap lingkungan dan stimulus, membuat rencana termasuk memutuskan, melaksanakan keputusan yang telah disepakati.

4) Kebutuhan persiapan pulang

a) Makan

Pada keadaan berat, klien sibuk dengan halusinasinya dan cenderung tidak memperhatikan dirinya termasuk tidak peduli makanan karena tidak memiliki minat dan kepedulian.

b) BAB/BAK

Observasi kemampuan klien untuk BAB/BAK serta kemampuan klien untuk membersihkan dirinya.

c) Mandi

Biasanya klien mandi berulang-ulang atau tidak sama sekali.

d) Berpakaian

Biasanya tidak rapi, tidak sesuai dan tidak diganti-ganti.

e) Istirahat

Observasi tentang lama dan waktu tidur siang dan malam. Biasanya istirahat klien terganggu bila halusinasinya datang.

f) Pemeliharaan Kesehatan

Untuk pemeliharaan kesehatan klien selanjutnya, peran keluarga dan sistem pendukung sangat menentukan.

g) Aktivitas dalam Rumah

Klien tidak mampu melakukan aktivitas didalam rumah seperti menyapu.

5) Aspek Medis

a) Diagnosa medis : Skizofrenia dan Skizoafektif

b) Terapi yang diberikan

Obat yang diberikan pada klien dengan halusinasi biasanya diberikan antipsikotik seperti Haloperidol (HLP), Chlorpromazine (CPZ), Triflu perazin (TFZ), dan antiparkinson Trihenskiphenidol (THP), Triplofrazine arkine.

### **2.3.2 Diagnosa Keperawatan**

Masalah keperawatan yang terdapat pada klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi adalah sebagai berikut (Sutejo, 2018):

1. Gangguan persepsi sensori : Halusinasi
2. Isolasi Sosial : menarik diri
3. Resiko perilaku kekerasan
4. Gangguan konsep diri : HDR

### 2.3.3 Intervensi Keperawatan

#### 1. Tindakan keperawatan untuk klien halusinasi

Tujuan tindakan untuk klien meliputi (Mislika, 2021):

- a. Klien mengenali halusinasi yang dialaminya
- b. Klien dapat mengontrol halusinasinya
- c. Klien mengikuti program pengobatan secara optimal

#### 2. Membantu klien mengenali halusinasi

- a. Membantu klien mengenali halusinasi dapat melakukan dengan cara berdiskusi dengan klien tentang isi halusinasi (apa yang di dengar atau dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan respon klien saat halusinasi muncul.
- b. Melatih klien mengontrol halusinasi
  - 1) Strategi Pelaksanaan 1: Menghardik halusinasi upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul.
  - 2) Strategi Pelaksanaan 2: menggunakan obat secara teratur mampu mengontrol halusinasi klien juga harus dilatih untuk menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program.
  - 3) Strategi pelaksanaan 3: bercakap-cakap dengan orang lain mengontrol halusinasi dapat juga dengan bercakap-cakap dengan orang lain.
  - 4) Strategi pelaksanaan 4: melakukan aktivitas yang terjadwal mengurangi risiko halusinasi muncul lagi adalah dengan menyibukkan diri dengan aktivitas yang teratur.

3. Tindakan keperawatan untuk keluarga klien halusinasi

Menurut (Mislika, 2021) tindakan keperawatan tidak hanya ditujukan untuk klien tetapi juga diberikan kepada keluarga, sehingga keluarga mampu mengarahkan klien dalam mengontrol halusinasi.

Tujuan : keluarga mampu :

- a) Merawat masalah halusinasi dan masalah yang dirasakan dalam merawat klien
- b) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi
- c) Merawat klien halusinasi
- d) Menciptakan suasana keluarga dan lingkungan untuk mengontrol halusinasi
- e) Mengenal tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas kesehatan
- f) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk *follow up* klien secara teratur.

Tindakan keperawatan :

- a) Strategi Pelaksanaan 1 keluarga : mengenal masalah dalam merawat klien halusinasi dan melatih mengontrol halusinasi klien dengan menghardik
- b) Strategi Pelaksanaan 2 keluarga : melatih keluarga merawat klien halusinasi dengan enam benar minum obat
- c) Strategi Pelaksanaan 3 keluarga : melatih keluarga merawat klien halusinasi dengan bercakap-cakap dan melakukan kegiatan
- d) Strategi Pelaksanaan 4 keluarga : melatih keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk *follow up* klien halusinasi

#### **2.3.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh pasien saat ini. Semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respons pasien didokumentasikan (Afnuhazi, 2015).

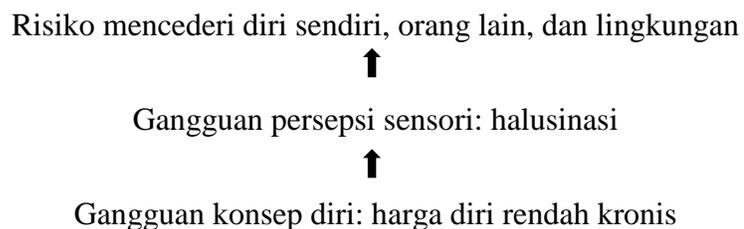
#### **2.3.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan sesuai dengan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan (Afnuhazi, 2015). Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP.

Evaluasi :

- S : respon subyek klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan
- O : respon obyek klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan
- A : analisa terhadap data subyek untuk menyimpulkan apakah masalah masih ada/telah teratasi atau muncul masalah baru
- P : perencanaan tindak lanjut berdasarkan analisa respon klien

#### **2.3.6 Pohon Masalah Halusinasi**



**Gambar 2.2 Pohon Masalah Halusinasi (Stuart, 2016)**

## **2.4 Konsep Komunikasi Terapeutik**

Komunikasi terapeutik merupakan media utama yang digunakan untuk mengaplikasikan proses keperawatan dalam lingkungan kesehatan jiwa. Keterampilan perawat dalam komunikasi terapeutik, mempengaruhi keefektifan banyak intervensi dalam keperawatan jiwa. Komunikasi terapeutik adalah merupakan komunikasi yang direncanakan secara sadar, tujuan dan kegiatannya difokuskan untuk menyembuhkan pasien. Komunikasi terapeutik merupakan media untuk saling memberi dan menerima antara perawat dengan pasien berlangsung secara verbal dan non verbal. Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang mendorong proses penyembuhan pasien, komunikasi terapeutik termasuk komunikasi antarpribadi atau interpersonal dengan titik tolak yang memberikan pengertian antara perawat dan pasien (Afnuhazi, 2015). Komunikasi terapeutik mempunyai tujuan dan berfungsi sebagai terapi bagi pasien, karena itu pelaksanaan komunikasi terapeutik harus direncanakan dan terstruktur dengan baik, komunikasi terapeutik terdiri dari empat tahapan (Afnuhazi, 2015) yaitu: (1) Fase pra interaksi. Tahap ini adalah masa persiapan sebelum memulai berhubungan dengan pasien; (2) Fase orientasi. Fase ini dimulai pada saat bertemu pertama dengan pasien. Saat pertama kali bertemu dengan pasien fase ini digunakan perawat untuk berkenalan dengan pasien dan merupakan langkah awal dalam membina hubungan saling percaya.

Tugas utama perawat pada tahap ini adalah memberikan situasi lingkungan yang peka dan menunjukkan penerimaan, serta membantu pasien dalam mengekspresikan perasaan dan pikirannya. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini

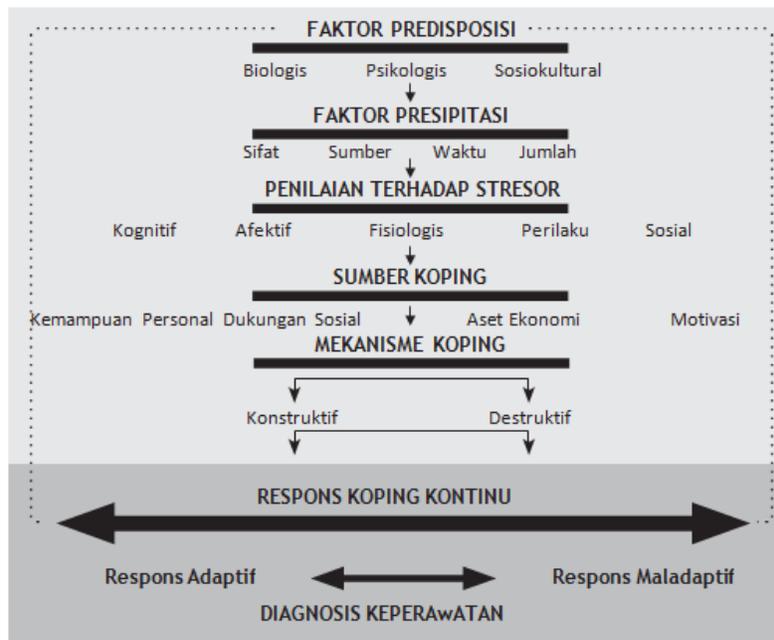
antara lain : memberikan salam terapeutik disertai mengulurkan tangan, jabatan tangan, memperkenalkan diri perawat, menyepakati kontrak, melengkapi kontrak, evaluasi dan validasi, menyepakati masalah; (3) Fase kerja. Tahap ini merupakan inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik. Tahap ini perawat bersama pasien mengatasi masalah yang dihadapi pasien. Tahap ini berkaitan dengan pelaksanaan rencana asuhan yang telah ditetapkan. Teknik komunikasi terapeutik yang sering digunakan perawat antara lain mengeksplorasi, mendengarkan dengan aktif, refleksi, berbagai persepsi, memfokuskan dan menyimpulkan; (4) Fase terminasi. Fase ini merupakan fase yang sulit dan penting, karena hubungan saling percaya sudah terlena dan berada pada tingkat optimal. Bisa terjadi terminasi pada saat perawat mengakhiri tugas pada unit tertentu atau saat pasien akan pulang. Perawat dan pasien meninjau kembali proses keperawatan yang telah dilalui dan pencapaian tujuan.

Terdapat 16 teknik komunikasi terapeutik menurut (Afnuhazi, 2015 dalam Gading, Saragih and Indiarna, 2018) yaitu: (1) Mendengarkan dengan penuh perhatian; (2) Menunjukkan penerimaan; (3) Menanyakan pertanyaan yang berkaitan; (4) Mengulangi ucapan pasien dengan menggunakan kata-kata sendiri; (5) Mengklarifikasi; (6) Memfokuskan; (7) Kenyataan hasil observasi; (8) Menawarkan informasi; (9) Diam; (10) Meringkas; (11) Memberi penghargaan; (12) Memberi kesempatan kepada pasien untuk memulai pembicaraan; (13) Menganjurkan untuk meneruskan pembicaraan; (14) Menempatkan kejadian secara berurutan; (15) Memberikan kesempatan kepada pasien untuk menguraikan persepsinya, dan (16) Refleksi.

## 2.5 Konsep Adaptasi Stress Stuart

Stuart mengembangkan konsep model adaptasi stress pada tahun 1980 sebagai hasil dari beragam ilmu pengetahuan dari keperawatan psikiatri dan sebagai aplikasi dari pengetahuan ini dalam praktek klinisnya. Stuart mengangkat konsep model adaptasi stress dalam keperawatan psikiatri dimana konsep ini menggabungkan antara cakupan biologis, psikologis, sosiokultural, lingkungan dan aspek etik legal dalam perawatan pasien dalam kesatuan kerangka kerja untuk proses pelatihan.

Sehat jiwa merupakan suatu kondisi sejahtera yang dikaitkan dengan perasaan bahagia, bermakna, adanya kepuasan, penghargaan, optimism dan memiliki harapan. Sakit jiwa merupakan perilaku atau pola psikologis yang ditunjukkan individu sebagai akibat dari adanya stress yang signifikan, gangguan fungsi dan penurunan kualitas hidup (Stuart, 2016).



### **Gambar 2.3 Model Adaptasi Stress Stuart**

#### **1. Faktor Predisposisi**

Merupakan penyebab terjadinya gangguan jiwa atau faktor yang mempengaruhi adaptasi stress mencakup aspek biologis, psikologis, sosiokultural. Hal tersebut dapat dilihat sebagai kondisi atau faktor risiko yang dapat berdampak pada jenis dan jumlah yang dapat digunakan untuk orang menangani stress.

#### **2. Faktor Presipitasi**

Merupakan pencetus terjadinya gangguan jiwa atau stimulus yang dipersepsikan individu sebagai tantangan yang mengancam hidup/tuntutan. Hal tersebut dapat menghabiskan energi dan mengakibatkan peningkatan tekanan darah dan stress. Dapat berupa biologis, psikologis/sosiokultural dan berasal dari lingkungan eksternal/internal orang tersebut. Disamping menggambarkan sifat dan asal dari pemicu stress, sangat penting untuk mengkaji waktu dari timbulnya pemicu stress. Waktu memiliki banyak dimensi, seperti kapan stress terjadi, durasi pada panjangan stress dan frekuensi terjadinya. Faktor terakhir yang harus dipertimbangkan adalah jumlah stressor. pada pengalaman individu selama periode waktu tertentu karena suatu kejadian mungkin lebih sulit dihadapi dengan ketika kejadian tersebut muncul bersama-sama.

#### **3. Penilaian Terhadap Stresor**

Merupakan reaksi individu terhadap stressor pemicu yang dihadapinya. Reaksi ini berupa reaksi kognitif (contoh: berpikir ingin bunuh diri, berkurangnya motivasi, konsentrasi atau tingkat kesadaran dll), afektif (contoh: merasa sedih, marah, tidak

berdaya dll), fisiologis (contoh: perubahan pada tanda-tanda vital dan status fisiologis lainnya), perilaku (contoh: menolak untuk melakukan aktivitas sehari-hari, berbicara sendiri, sering komat-kamit dll), dan sosial (contoh: mengamuk, memukul orang lain, menarik diri dari pergaulan dll). Penilaian terhadap stressor ini merupakan data fokus yang bisa digunakan oleh perawat untuk menegakkan diagnosa keperawatan.

#### 4. Sumber Koping

Merupakan faktor pencegah terjadinya gangguan jiwa. Terdiri dari : kemampuan personal (bakat, kepandaian dll), dukungan sosial (memiliki sahabat dll), asset materi (kekayaan, punya asuransi dll), dan keyakinan positif (kepercayaan terhadap diri sendiri dan Tuhan, lebih berfokus kepada pengobatan daripada pencegahan dll).

#### 5. Mekanisme Koping

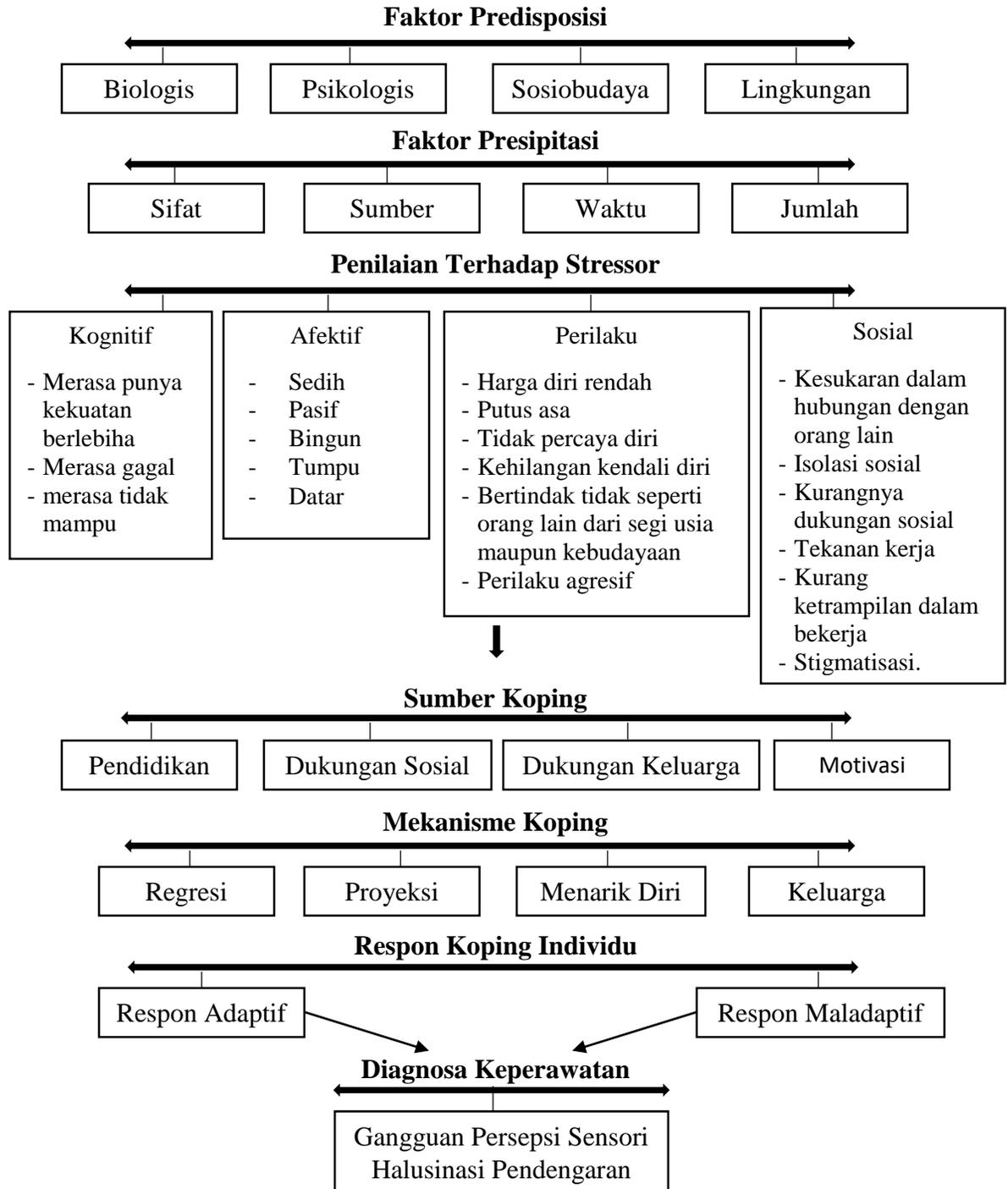
Merupakan usaha yang dilakukan oleh individu untuk mengatasi/ manage stressor (adaptif-maladaptif). Terdapat tiga tipe mekanisme koping yaitu:

- a. *Problem focused* : berupaya langsung mengatasi ancaman itu sendiri (negosiasi, konfrontasi, *seeking advice*)
- b. *Cognitively focused* : berupaya untuk mengontrol makna dari masalah yang dihadapi kemudian berpikir positif (*positive comparison, selective ignorance, substitusi, devaluasi*)
- c. *Emotional focused* : berorientasi untuk memperberat distress emosional (denial, supresi, proyeksi)

6. Respons Koping Kontinu

- a. Adaptif : menjadi dasar untuk berkembang, belajar dari stressor, mencapai tujuan
- b. Maladaptif : menghambat perkembangan, menurunkan otonomi, penurunan kemampuan penguasaan lingkungan

## 2.6 Web Of Caution Halusinasi



Gambar 2.4 Web Of Caution Halusinasi

## 2.7 Literatur Review

Tabel 2.1 Literatur Review

No	Judul Penulis, Tahun Penerbit	Jenis Penelitian	Desain	Sampel	Variabel yang diukur	Instrument	Analisis Uji	Hasil Temuan
1.	Penatalaksanaan Kasus Skizoafektif Tipe Depresi Pada Ny. SH Usia 44 Tahun Dengan Pendekatan Kedokteran Keluarga, 2021	Penelitian deskriptif	Studi kasus	1 pasien	pelayanan kedokteran keluarga, penatalaksanaan holistik, skizoafektif tipe depresi	Wawancara dan pengambilan data	Tidak ada	Pasien menjadi lebih paham mengenai penyakitnyadan memiliki perubahan perilaku yang lebih baik sehingga berdampak pada keberhasilan terapi. Pasien dengan skizoafektif tipe depresi memerlukan penatalaksanaan secara holistik dengan pendekatan kedokteran keluargauntuk mendukung keberhasilan terapi dan memperbaiki kualitas hidup pasien.
2.	<i>Person Centered Therapy</i> Untuk Menurunkan	Penelitian deskriptif	Studi kasus	1 pasien	<i>Person Centered Therapy</i>	Wawancara, observasi psikotes	Tidak ada	Hasil dari studi kasus ini diperoleh bahwa <i>Person Centered Therapy</i> menjadi

	Depresi Pada Pasien Skizoafektif, 2019							sarana bagi subjek untuk melakukan self-insight dalam menyelesaikan pengalaman-pengalaman yang membuatnya depresi. Kemampuan melakukan self-insight inilah yang kemudian mampu menurunkan depresi yang dialami oleh subjek.
3.	Pengaruh <i>Cognitive Behavior Therapy</i> Terhadap Penurunan Tingkat Kekambuhan Halusinasi Pada Pasien Halusinasi Dengar, 2019	Teknik Sampling Purposive	<i>One Group Pre Test Post Test</i>	63 orang	Pengaruh CBT terhadap penurunan tingkat kekambuhan halusinasi pada pasien halusinasi dengar	Instrumen <i>Psychotic Syndrome Rating Scale</i>	Uji <i>paired-t</i>	Hasil penelitian yang dilakukan pada 63 orang responden diperoleh hasil setelah diberikan CBT menunjukkan sebagian besar pasien mengalami tingkat kekambuhan rendah sebanyak 62 pasien dengan persentase 81,58%. Penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh

								yang signifikan terhadap penurunan tingkat kekambuhan halusinasi dengar. Pemberian terapi CBT dapat menjadi salah satu alternatif terapi modalitas dalam keperawatan jiwa untuk menurunkan angka kekambuhan masalah halusinasi pendengaran.
4.	Pengalaman Keluarga Merawat Pasien Halusinasi Pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Jambi, 2019	Penelitian kualitatif	Studi fenomenologi deskriptif dengan teknik <i>purposive sampling</i>	7 orang	Pengalaman keluarga merawat halusinasi pendengaran	Wawancara dan observasi	Analisa data metode Colaizzi. Uji data dengan menggunakan <i>Credibility</i> dengan membercheck, Transferability,	Hasil dari penelitian dapatkan empat tema antara lain: 1) Jenis Perawatan halusinasi pendengaran yang keluarga di rumah 2) Temuan keluarga dalam merawat, 3) Jenis penyelesaian masalah daam keluarga 4) Pelayanan yang di dapatkan. Pentingnya deteksi dini malalah kambuh pada gangguan jiwa

							Dependability, Comfirmability	untuk menekan angka kekambuhan melalui peran tenaga kesehatan, kader , dan melibatkan keluarga
5.	Studi Kasus Gangguan Sensori Persepsi HalusinasiPendengaran Tn. Rdi RSJ Prof.Dr. Soerojo Magelang, 2019	Penelitian deskriptif	Studi kasus	1 orang	Gangguan jiwa, halusinasi pendengaran	Wawancara dan observasi	Tidak ada	Setelah dilakukan implementasi, klien mengatakan halusinasinya sudah berkurang, klien mengatakan waktu datangnya tidak pasti dan tiba-tiba saja, klien senang dengan halusinasinya. Klien dapat menghardik halusinasi dengan difokuskan. Planning Optimalkan SP I-IV Halusinasi, rencanakan SP keluarga misalnya datangkan keluarga untuk kunjungan dan, anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Bab 3 akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama halusinasi pendengaran.

#### **3.1 Pengkajian**

Ruangan rawat : Ruang Flamboyan

Tanggal dirawat/MRS: 05-12-2021

##### **3.1.1 Identitas Pasien**

Pasien adalah Ny. E dengan no.RM XX-XX-XX seorang perempuan berusia 51 tahun beragama Islam. Pendidikan terakhir adalah SMP, pasien tidak bekerja, alamat pasien di Surabaya dan tinggal bersama anak, menantu dan cucu.

##### **3.1.2 Alasan Masuk**

Pasien dibawa oleh anaknya ke Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur di karenakan marah-marah memukul anaknya dan sering bingung, pasien di bawa ke IGD tanggal 05 Desember 2021.

Keluhan utama : pasien mendengar suara orang yang memanggil namanya “Emi, Emi” di waktu subuh sehingga membuat pasien sering bingung dan mondar mandir di kamar mandi.

##### **3.1.3 Faktor Predisposisi**

1. Pasien pernah mengalami gangguan jiwa. Saat ditanya pasien mengatakan sudah 5 kali masuk ke Rumah Sakit Jiwa Menur sejak tahun 2018 dengan diagnosa yang sama.
2. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien tidak teratur minum obat.

3. Pasien mengatakan jika lupa minum obat maka halusinasinya kambuh sehingga memukul anaknya sendiri tanpa alasan.

**Masalah keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan, Regimen Terapeutik Inefektif**

4. Dalam rekam medis di dapatkan data tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat gangguan jiwa.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

5. Pasien mengatakan ada pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu ketika suaminya meninggal dunia.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

### **3.1.4 Pemeriksaan Fisik**

#### **1. Tanda Vital**

Tekanan darah : 110/70 mmHg

Nadi : 91x/menit

Suhu : 36,9

Pernafasan : 20x/menit

#### **2. Ukur**

Tinggi Badan : 150 cm

Berat Badan : 56 kg

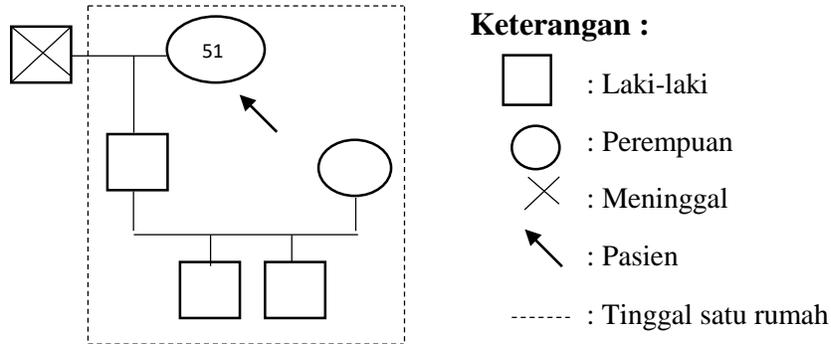
#### **3. Keluhan Fisik**

Pasien tidak mengeluh adanya sakit pada fisiknya.

Jelaskan : Saat dikaji pasien tidak mengeluh sakit dan keadaan umum pasien baik.

### 3.1.5 Psikososial

#### 1. Genogram



**Gambar 3.1 Genogram Ny.E**

Pasien memiliki seorang anak yang sudah menikah dan mempunyai dua cucu yang masih remaja serta pasien tinggal serumah dengan anak, menantu dan kedua cucunya. Tidak ditemukan adanya riwayat gangguan jiwa pada keluarganya.

#### 2. Konsep Diri

##### a. Gambaran diri

Pasien mengatakan menyukai anggota tubuhnya dan bersyukur tidak ada kelainan yang mengenai tubuhnya.

##### b. Identitas

Pasien mengatakan jenis kelaminnya perempuan, mengatakan nama dirinya adalah E, berusia 51 tahun, mengatakan pendidikan terakhirnya SMP dan mengatakan dirinya seorang ibu dan nenek dari anak dan cucunya.

##### c. Peran

Pasien sadar peran nya sebagai seorang ibu bagi anak nya.

d. Ideal diri

Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan berkumpul bersama anak, menantu dan cucunya.

e. Harga diri

Pasien mengatakan merasa malu karena dibawa oleh anaknya sendiri dan di rawat di RSJ.

**Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah**

**3. Hubungan Sosial**

a. Orang yang berarti :

Pasien mengatakan orang yang berarti adalah anak, menantu dan kedua cucunya, karena orang yang paling terdekat dan saling mendukung.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat :

Pasien mengatakan mengikuti semua kegiatan yang dilakukan di ruangan.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

Pasien mengatakan senang berhubungan dengan teman sekamar

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

**4. Spiritual**

a. Nilai dan keyakinan

Pasien percaya bahwa Allah SWT itu ada.

b. Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan selalu sholat dan beristigfar ketika mendengar suara-suara.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

### 3.1.6 Status Mental

#### 1. Penampilan

Saat pengkajian pasien tampak rapi, rambut rapi, kuku bersih.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

#### 2. Pembicaraan

Saat pengkajian pasien menjawab sesuai dengan pertanyaan.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

#### 3. Aktivitas motorik

Pasien tampak kooperatif saat diajak komunikasi dan selalu mengikuti kegiatan.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

#### 4. Alam perasaan

Pasien mengatakan diri nya sedih dan malu saat mendengar suara sebab akan membuat diri nya bingung.

**Masalah keperawatan : Ketidakberdayaan**

#### 5. Afek

Afek pasien tidak labil, pada saat dilakukan pengkajian kepada pasien tampak tenang.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

#### 6. Interaksi selama wawancara

Pasien kooperatif, kontak mata kurang, dan menjawab dengan relavan.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

## 7. Persepsi Halusinasi

Pada saat dikaji pasien mengatakan sering mendengar suara yang memanggil namanya berkali-kali, waktu subuh, situasi saat pasien sendirian di kamar, frekuensi selama 5 menit. Perasaan yang dirasakan pasien saat mendengar suara yaitu bingung dan mondar mandir di kamar mandi, respon pasien saat mendengar suara tersebut yaitu menutup telinga dan banyak berigstifar.

**Masalah keperawatan: Gangguan Persepsi Sensori; Halusinasi Pendengaran**

## 8. Proses Pikir

Pasien berfikir secara relevan atau realistic saat di ajak berbicara.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

## 9. Isi piker waham

Pasien tidak memiliki gangguan isi piker seperti : waham, obsesi, phobia, dan pikiran yang magis.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

## 10. Tingkat kesadaran

Pasien sadar kalau saat ini dirinya sedang berada dirumah sakit jiwa, pasien mampu menyebutkan waktu, tempat, dan nama orang yang dikenalnya.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

## 11. Memori

Pasien dapat mengingat masa lalunya.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

## 12. Tingkat konsentrasi dan berfikir

Pada saat ditanyai mengenai penjumlahan, perkalian, pengukuran, dan pembagian, pasien sangat konsentrasi dengan baik.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan :**

### **13. Kemampuan penilaian**

Pasien mengatakan halusinasi nya tidak nyata dan sering menghiraukan suara yang didengar.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

### **14. Daya tilik diri**

Pasien menerima penyakitnya dan menyadari bahwa dirinya masuk di Rumah Sakit Jiwa Menur sedang di rawat karena sering bingung dan mendengar.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

## **3.1.7 Kebutuhan Persiapan Pulang**

### **1. Kemampuan pasien memenuhi/menyediakan kebutuhan :**

Pasien mampu memenuhi atau menyediakan kebutuhan seperti makanan, keamanan, pakaian, transportasi, tempat tinggal, perawatan kesehatan dan uang.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

### **2. Kegiatan hidup sehari-hari**

#### **a. Perawatan Diri**

Pasien mengatakan bahwa pasien mandi, kebersihan, makan, BAB/BAK ganti pakaian pakaian secara mandiri.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

**b. Nutrisi**

- 1) Apakah anda puas dengan pola makan anda? Ya
- 2) Apakah anda makan memisahkan diri? Tidak
- 3) Frekuensi makan sehari : 3 kali sehari
- 4) Frekuensi udapan sehari : 3 kali sehari
- 5) Nafsu makan meningkat
- 6) BB tertinggi 60kg BB terendah 58kg
- 7) Diet khusus : pasien tidak mendapatkan diet khusus

Jelaskan : pasien menghabiskan 1 porsi makanannya

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

**c. Tidur**

Tidak ada masalah selama tidur. Pasien merasa segar setelah bangun tidur dan pasien memiliki kebiasaan tidur siang selama 2 jam. Saat tidur malam pasien mengatakan tidur jam 20.00 malam sampai dengan jam 04.00 pagi. Pasien mengatakan tidak mengalami sulit tidur, bangun terlalu pagi, semnabolisme, terbangun saat tidur, gelisah saat tidur, dan berbicara saat tidur.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masakah Keperawatan**

**3. Kemampuan pasien dalam**

Pasien mampu mengantisipasi kebutuhan diri sendiri dan membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri. Pasien belum mampu untuk mengatur penggunaan obat dan melakukan pemeriksaan kesehatan.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

#### **4. Pasien memiliki sistem pendukung**

Pasien mengatakan anak, menantu dan cucunya yang paling berarti dalam hidupnya.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

#### **5. Apakah klien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan atau hobi**

Pasien mengatakan suka mengerjakan pekerjaan rumah dan mengurus kedua cucunya.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

#### **3.1.8 Mekanisme Koping**

Saat mendengar suara yang memanggil namanya pasien selalu mondar madiri dan bingung. Pasien mengalami mekanisme koping adaptif yaitu mampu berbicara baik dengan orang lain dan kooperatif.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

#### **3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan**

- d. Pasien tidak ada masalah dengan dukungan kelompok
- e. Pasien mengatakan jarang keluar rumah dan kegiatan luar dilakukan oleh menantunya
- f. Pasien tidak ada masalah dengan pendidikannya
- g. Pasien mengatakan hanya membantu menantunya mengurus rumah
- h. Pasien mengatakan semua anggota keluarga dirumah baik tidak ada masalah
- i. Pasien mengatakan tidak ada masalah keuangan dalam keluarga

- j. Pasien dibawa berobat ke RSJ menur saat kambuh, semua dapat di jalankan dengan BPJS.
- k. Masalah lainnya, spesifik : pasien mengatakan tidak ada masalah

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

### 3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang

Saat dikaji tentang jiwa serta oba-obatannya dan pencetus penyakit jiwanya pasien mengatakan tidak tahu.

**Masalah Keperawatan : Kurang Pengetahuan tentang Kesehatan**

### 3.1.11 Data Lain-Lain

Hasil laboratorium pada tanggal 05 Desember 2021

WBC	7.91 $10^3/uL$
RBC	4.39 $10\%/uL$
HB	12.6 g/dL
HCT	38.0 %
PLT	232 $10^3/uL$

### 3.1.12 Aspek Medik

**Diagnosa Medik : F.25.1 Skizoafektif tipe depresi**

**Terapi Medik :**

1. Chlorpromazine 100 mg (2x 1 ½ tab)
2. clozapine 100 mg (1/2 malam), 25 mg (2 tab)
3. Fluoxetine 20mg (1 tab pagi)
4. Trihexyphenidyl 2 mg (2x1 tab)
5. Risperidone 3 mg (2x1 tab)

### 3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan

- a. Risiko Perilaku Kekerasan
- b. Regimen Terapeutik Inefektif
- c. Berduka Disfungsional
- d. Gangguan Konsep Diri : HDR
- e. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
- f. Ketidakberdayaan
- g. Koping Individu Inefektif
- h. Kurangnya Pengetahuan Tentang Penyakit

### 3.2 Diagnosa Keperawatan

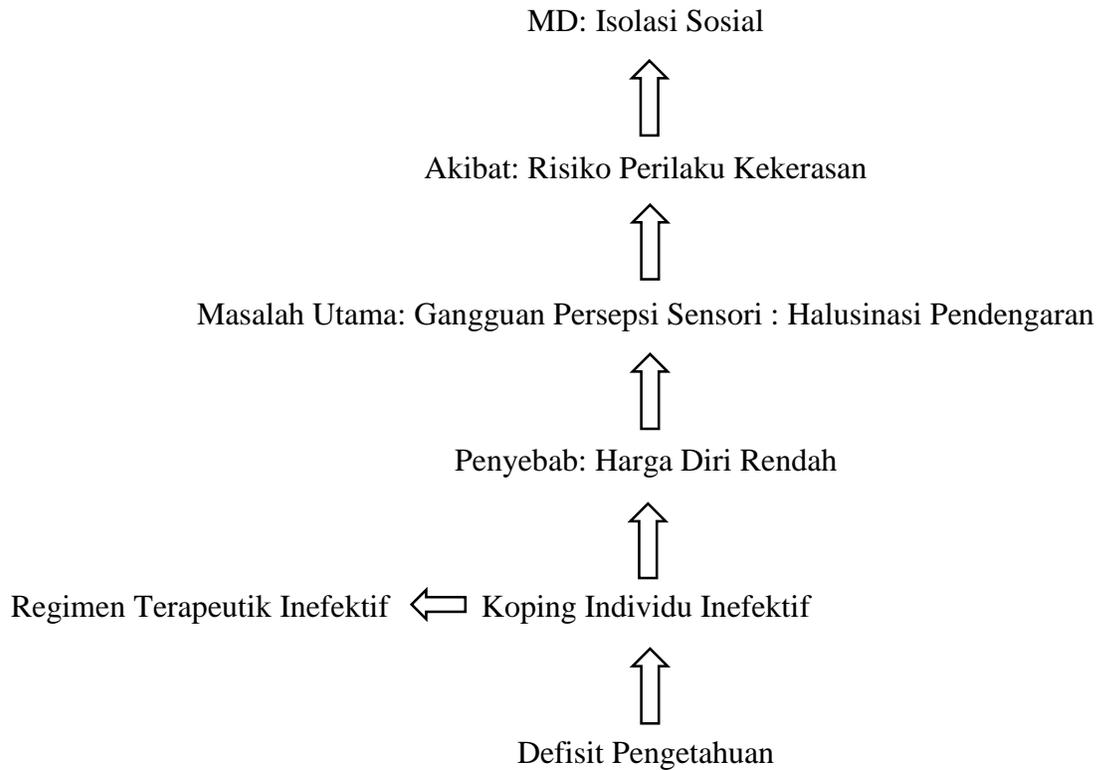
Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

Surabaya, Juni 2022



**Nia Rahmawati Arif**

### 3.3 Pohon Masalah



**Gambar 3.2 Pohon Masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran pada Ny “E”**

### 3.4 Analisa Data

NAMA : Ny.E NIRM : 54-XX-XX RUANGAN : FLAMBOYAN

Tabel 3.1 Analisa Data

HARI/ TGL	DATA	ETIOLOGI	MASALAH	TT Perawat
Selasa, 14 Desember 2022	<p><b>DS :</b> Pada saat dikaji pasien mengatakan sering mendengar suara yang memanggil namanya berkali-kali, waktu subuh, situasi saat pasien sendirian di kamar, frekuensi selama 5 menit. Respon pasien saat mendengar suara tersebut yaitu menutup telinga dan banyak berigstifar.</p> <p><b>DO :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien kadang melamun dan mondar mandir kamar mandi</li> <li>2. Pasien pernah memukuli anaknya</li> <li>3. Pasien merasa sedih kalau halusinasinya muncul</li> <li>4. Kontak mata kurang</li> </ol>	<p>Akibat: Risiko Perilaku Kekerasan</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p>Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p>Penyebab: Harga Diri Rendah</p>	<p>Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran</p>	



			hubungan saling percaya.		5) Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya.	
			TUK 2 : Pasien dapat mengenal halusinasinya.	1. Pasien dapat menyebutkan waktu, isi, dan frekuensi timbulnya halusinasi.	1.1 Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap. 1.2 Observasi tingkah laku pasien terkait dengan halusinasinya: bicara dan tertawa sendiri tanpa stimulus dan memandang ke kiri/kanan/ ke depan seolah-olah ada teman bicara. 1.3 Bantu pasien mengenal halusinasinya dengan cara: 1) Jika mengemukan pasien sedang berhalusinasi: tanyakan apakah ada suara yang didengarnya. 2) Jika pasien menjawab ada, lanjutkan: apa yang dikatakan suara itu. Katakana bahwa perawat percaya pasien mendengar suara itu,	Selain membina hubungan saling percaya, kontak sering dan singkat akan memutus halusinasi.  Mengenal perilaku pasien pada saat halusinasi terjadi dapat memudahkan perawat dalam melakukan intervensi.  Mengenal halusinasi memungkinkan pasien menghindari faktor timbulnya halusinasi.

					<p>namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh/menghakimi).</p> <p>3) Katakan bahwa pasien lain juga ada yang seperti pasien.</p> <p>4) Katakana bahwa perawat akan membantu pasien.</p> <p>2.1 Diskusikan dengan pasien:</p> <p>1) Situasi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi (jika sendiri, jengkel atau sedih).</p> <p>2) Waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang sore, dan malam: terus-menerus atau sewaktu-waktu).</p> <p>2.2 Diskusikan dengan pasien tentang apa yang dirasakannya jika terjadi</p>	<p>Pengetahuan tentang waktu, isi, dan frekuensi munculnya halusinasi dapat mempermudah perawat.</p> <p>Mengidentifikasi pengaruh halusinasi.</p>
--	--	--	--	--	---	---

				2. Pasien dapat mengungkapkan bagaimana perasaannya terhadap halusinasi tersebut.	halusinasi (marah, takut, sedih dan senang), beri kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan perasaannya.	
			TUK 3 : Pasien dapat mengontrol halusinasinya.	1. Pasien dapat menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya.  2. Pasien dapat menyebutkan cara baru mengontrol halusinasi.	1.1 Bersama pasien, identifikasi tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukkan diri, dll) 1.2 Diskusikan manfaat dan cara yang digunakan pasien. Jika bermanfaat beri pujian kepada pasien.  2.1 Diskusikan dengan pasien tentang cara baru mengontrol halusinasinya: 1) Menghardik/mengusir tidak memedulikan halusinasinya	Usahakan untuk memutus halusinasi, sehingga halusinasi tidak muncul kembali  Penguatan ( <i>reinforcement</i> ) dapat meningkatkan harga diri pasien.  Memberikan 65lternative pilihan untuk mengontrol halusinasi.

				<p>3. Pasien dapat mendemonstrasikan cara menghardik/ mengusir tidak memedulikan halusinasinya.</p>	<p>2) Bercakap-cakap dengan orang lain jika halusinasinya muncul 3) Melakukan kegiatan sehari-hari.</p> <p>3.1 Berikan contoh cara menghardik halusinasi: “pergi! Saya tidak mau mendengarkan kamu, saya mau mencuci piring/ bercakap-cakap dengan suster”.</p> <p>3.2 Beri pujian atas keberhasilan pasien</p> <p>3.3 Minta pasien mengikuti contoh yang diberikan dan minta pasien mengulanginya</p> <p>3.4 Susun jadwal latihan pasien dan minta pasien untuk mengisi jadwal kegiatan (<i>self-evaluation</i>).</p>	<p>Meningkatkan pengetahuan pasien dalam memutus halusinasi.</p> <p>Harga diri pasien meningkat Memberi pasien kesempatan untuk mencoba cara yang telah dipilih. Memudahkan pasien dalam mengendalikan halusinasi.</p> <p>Stimulasi persepsi dapat mengurangi perubahan interpretasi realita</p>
--	--	--	--	---	--	--

				<p>4. Pasien dapat mengikuti aktivitas kelompok.</p> <p>5. Pasien dapat mendemonstrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah halusinasi.</p>	<p>4.1 Anjurkan pasien untuk mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi realita, stimulasi persepsi.</p> <p>5.1 Pasien dapat menyebutkan jenis, dosis dan waktu minum obat, serta manfaat obat tersebut (prinsip 5 benar: benar orang, benar obat, benar dosis, benar waktu, dan benar cara pemberian).</p> <p>5.2 Diskusikan dengan pasien tentang jenis obat yang diminum (nama, warna, dan besarnya): waktu minum obat (jika 3 kali: pukul 07.00, 13.00, 19.00), dosis, cara.</p> <p>5.3 Diskusikan proses minum obat:</p>	<p>akibat adanya halusinasi.</p> <p>Dengan mengetahui prinsip penggunaan obat, maka kemandirian pasien dalam hal pengobatan dapat ditingkatkan.</p> <p>Dengan menyebutkan dosis, frekuensi, dan caranya, pasien melakukan program pengobatan. Menilai kemampuan pasien dalam pengobatannya sendiri.</p> <p>Dengan mengetahui efek</p>
--	--	--	--	---	---	---

					<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien meminta obat kepada perawat (jika di rumah sakit), kepada keluarga (jika di rumah)</li> <li>2) Pasien memeriksa obat sesuai dosisnya</li> <li>3) Pasien meminum obat pada waktu yang tepat</li> </ol> <p>5.4 Anjurkan pasien untuk bicarakan dengan dokter mengenai manfaat dan efek samping obat yang dirasakan.</p>	samping, pasien akan tahu akan apa yang harus dilakukan setelah minum obat.
			<p>TUK 4: Keluarga dapat merawat pasien di rumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif untuk pasien.</p>	<p>1. Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda, dan tindakan untuk mengendalikan halusinasi.</p>	<p>1.1 Diskusikan dengan keluarga (pada saat berkunjung/ pada saat kunjungan rumah):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gejala halusinasi yang dialami pasien</li> <li>2) Cara yang dapat dilakukan pasien dan keluarga untuk memutuskan halusinasi.</li> <li>3) Cara merawat anggota keluarga dengan</li> </ol>	<p>Untuk meningkatkan pengetahuan seputar halusinasi dan perawatannya pada pihak keluarga.</p>

					<p>gangguan halusinasi di rumah: beri kegiatan, jangan biarkan sendirian, makan bersama, berpergian bersama, jika pasien sedang sendiri di rumah, lakukan kontak dengan dalam telpon.</p> <p>4) Beri informasi tentang tindak lanjut (<i>follow up</i>) atau kapan perlu mendapatkan bantuan: halusinasi tidak terkontrol dan risiko mencederai orang lain.</p>	
					<p>2.1 Diskusikan dengan keluarga tentang jenis, dosis, waktu pemberian, manfaat, dan efek samping obat.</p>	<p>Dengan menyebutkan dosis, frekuensi, dan caranya, keluarga melaksanakan program pengobatan.</p>

				2. Keluarga dapat menyebutkan jenis, dosis, waktu pemberian, manfaat, serta efek samping obat.	2.2 Anjurkan kepada keluarga untuk berdiskusi dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat	Dengan mengetahui efek samping, keluarga akan tahu apa yang harus dilakukan setelah minum obat.
--	--	--	--	--	---	---

### 3.6 Implementasi dan Evaluasi

Nama : Ny. E

NIRM : 54-XX-XX

Ruangan : Flamboyan

Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI	T.T. Perawat
Selasa 14 Desember 2021	<b>Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran</b>	SP 1 1. Membina hubungn saling percaya 2. Membantu pasien mengungkapkan masalahya 3. Mengidentifikasi jenis, waktu, isi, respond an situasi yang menimbulkan halusinasi 4. Mengajarkan pasien menghardik dengan cara menutup telinga dan berbicara “pergi sana!! Kamu tidak nyata, kamu palsu saya tidak mau mendengarmu”.	<b>S:</b> 1. Pasien mengatakan “nama saya ibu E, suka dipanggil ibu E saja mba” 2. Pasien mengatakan “perasaan saya baik mba. Tidur nyenyak” 3. Pasien mengatakan “mendengar bisikan bisikan” 4. Pasien mengatakan “bisikan suara yang memanggil nama saya” 5. Pasien mengatakan “suara itu sering muncul diwaktu subuh atau jika saya sendirian” 6. Pasien mengatakan “suara itu sering muncul tiba-tiba” 7. Pasien mengatakan “saya hanya beristigfar saja mba”	

			<p>8. Pasien mengatakan “iya mba saya sudah melakukannya bahwa suara tersebut tidak nyata, suara tersebut palsu saya tidak mau mendengar.”</p> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien kontak mata kurang</li> <li>2. Pasien mau berjabat tangan dan diajak berkenalan</li> <li>3. Pasien bisa mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, dan respon</li> <li>4. Pasien bisa mengulang kembali cara menghardik halusinasi</li> </ol> <p><b>A:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya</li> <li>2. Pasien mampu mengidentifikasi jenis halusinasi</li> <li>3. Pasien mampu mengidentifikasi isi halusinasi</li> <li>4. Pasien mampu mengidentifikasi waktu muncul halusinasi</li> <li>5. Pasien mampu mengidentifikasi frekuensi halusinasi</li> </ol>	
--	--	--	--	--

			<p>6. Pasien mampu mengidentifikasi respon pasien saat halusinasi</p> <p>7. Pasien mulai memperagakkan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik</p> <p><b>P:</b> evaluasi dan ulangi SP 1</p>	
<p>Rabu 15 Desember 2021</p>	<p><b>Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran</b></p>	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Mengajarkan kembali pasien untuk manghardik halusinasinya dengan cara berbicara “Saya tidak mau mendengar, kamu tidak nyata, kamu palsu, pergi sana!!”</li> <li>3. Memberikan dukungan dan semangat kepada pasien setelah melakukan cara menghardik</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan “tadi pagi saya mendengar suara itu mba, terus saya bilang kamu itu palsu, pergi sana”.</li> <li>2. Pasien mengatakan terkadang kalau mendengar bisikan pasien tidak menghiraukannya</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu menyebutkan kegiatan harian</li> <li>2. Pasien mampu melakukan cara menghardik</li> <li>3. Pasien kooperatif dan keadaan umum baik</li> <li>4. Pasien mampu</li> </ol>	

			<p><b>A:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu mengulang teknik menghardik</li> <li>2. Pasien mampu mengendalikan halusinasi dengan cara menghardik</li> <li>3. Pasien mampu memasukkan kegiatan menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol> <p><b>P:</b> Lanjutkan ke SP 2, evaluasi SP 1</p>	
Kamis 16 Desember 2021	<b>Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran</b>	<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian</li> <li>2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain</li> <li>3. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan kalau mendengar bisikan pasien tidak menghiraukannya</li> <li>2. Pasien mengatakan “saya sudah mengajak teman sekamar saya mengobrol dan tidak mendengar suara bisikan”</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu menyebutkan kegiatan harian</li> <li>2. Pasien paham tentang penjelasan cara mengendalikan halusinasi</li> </ol>	

			<p>dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain</p> <p>3. Pasien kooperatif dan keadaan umum baik</p> <p><b>A:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu mengulang teknik menghardik</li> <li>2. Pasien mampu mengendalikan halusinasi dengan cara menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain</li> <li>3. Pasien mampu memasukkan kegiatan bercakap-cakap dengan orang lain dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol> <p><b>P:</b> Lanjutkan ke SP 3, evaluasi SP 2</p>	
Jumat 17 Desember 2021	<b>Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran</b>	<p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Melatih mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan yang biasa dilakukan</li> <li>3. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan “keadaan saya hari ini alhamdulillah baik mba”</li> <li>2. Pasien mengatakan “saya sudah jarang mendengar suara-suara itu karena saya beristigfar dan</li> </ol>	

			<p>mengajak ngobrol teman sebelah saya”</p> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pasien mampu menyebutkan kegiatan harian</li><li>2. Pasien tersenyum dan tenang saat diajak berbicara</li></ol> <p><b>A:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pasien mampu mengikuti semua kegiatan selama dirawat seperti mencuci tangan sebelum dan setelah makan, mandi, sholat, senam pagi, rehabilitasi dan mengikuti TAK</li></ol> <p><b>P:</b> Evaluasi SP 3, lanjutkan SP 4</p>	
--	--	--	---	--

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Bab 4 akan menguraikan kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan jiwa pada Ny. E Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Dengan Diagnosa Medis Skizoafektif Tipe Depresi Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur.

#### **4.1 Pengkajian**

Dalam tahap ini penulis menemukan kesenjangan pada saat melakukan pengkajian setelah dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur dimana pada tahap ini penulis sedikit mendapat kendala dalam memperoleh data dan riwayat keluarga karena selama penulis melakukan pengkajian pada pasien, keluarga tidak pernah datang untuk berkunjung ke Rumah Sakit Jiwa Menur. Maka upaya yang dilakukan penulis adalah:

1. Melakukan bina hubungan saling percaya pada pasien supaya lebih dekat dan lebih percaya dengan menggunakan perasaannya.
2. Melakukan pengkajian kepada pasien secara wawancara dan membaca status pasien, melihat buku rawatan.

Data yang didapatkan, pasien bernama Ny.E berjenis kelamin perempuan. Jenis kelamin merupakan salah satu aspek sosial budaya dari faktor predisposisi dan faktor presipitasi terjadinya gangguan jiwa. Menurut penelitian (Emulyani & Herlambang, 2020) diperoleh penderita halusinasi paling banyak terjadi pada laki-laki dikarenakan secara psikologis laki-laki mempunyai beban dan tanggung jawab yang lebih besar, sehingga stressor yang dialami juga lebih besar. Pada dasarnya laki-laki cenderung sulit mengontrol emosi, berbeda dengan perempuan, hal ini disebabkan karena adanya efek

neuroprotektif dari hormone perempuan dan kecenderungan yang lebih besar mendapatkan trauma pada laki-laki. Beberapa penelitian telah menyatakan bahwa laki-laki lebih sering mengalami halusinasi daripada perempuan dikarenakan perempuan memiliki fungsi sosial yang lebih baik dari laki-laki. Tetapi tidak memungkinkan juga bahwa perempuan tidak mengalami halusinasi.

Berdasarkan jenis kelamin diperoleh tidak terdapat kesenjangan penelitian, namun dengan diagnosa skizoafektif dalam penelitian (Padhy & Hedge, 2015) yang lebih mudah terkena adalah wanita daripada pria dikarenakan perubahan hormone estrogen sehingga mempengaruhi mood. Diperkuat juga dengan hasil penelitian (Choiri, 2017) bahwa perempuan dua kali lipat beresiko lebih tinggi mengalami mood daripada laki-laki. Sehingga dapat dikatakan bahwa faktor resiko berdasarkan dari jenis kelamin perempuan lebih beresiko mengalami skizoafektif daripada laki-laki.

Data yang didapatkan pasien berusia 51 tahun beragam Islam. Berdasarkan (Emulyani & Herlambang, 2020) pada usia dewasa (41 tahun sampai 60 tahun) dan dewasa lanjut (61 tahun). Terdapat 90 persen pasien dalam pengobatan halusinasi adalah antara usia 15 dan 55 tahun. Usia merupakan aspek sosial budaya terjadinya gangguan jiwa dengan risiko frekuensi tertinggi mengalami gangguan jiwa yaitu pada usia dewasa. Usia dewasa merupakan usia produktif dimana klien memiliki tuntutan untuk mengembangkan aktualisasi diri, baik dari diri sendiri, keluarga, maupun lingkungan. Individu dalam kehidupannya memiliki tugas-tugas perkembangan sesuai tingkat usianya. Tugas perkembangan yang tidak dapat diselesaikan dengan baik dapat menjadi stresor untuk perkembangan berikutnya dan jika stresor tersebut menumpuk

sangat berisiko mengalami gangguan jiwa. Kondisi tersebut akan menyebabkan individu merasa rendah diri dan apabila berlangsung lama akan menjadi halusinasi.

Berdasarkan jenjang pendidikan diperoleh pasien lulusan SMP. Menurut hasil penelitian (Emulyani & Herlambang, 2020) mayoritas pasien dengan halusinasi berpendidikan rendah (SD-SMP) dikarenakan tingkat pendidikan akan mempengaruhi cara berpikir dan status pekerjaan seseorang serta status sosial seseorang. Pada kondisi pasien yang tidak produktif dan tidak berpenghasilan menimbulkan stigma masyarakat bahkan keluarga dapat mempengaruhi stigma diri dan membuat pasien cenderung mengalami harga diri rendah.

Dari data yang diperoleh bahwa pasien sudah 5 kali keluar masuk dan rawat di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur sejak 2018. Pasien masuk tanggal 5 Desember 2021, masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis skizoafektif tipe depresi. Pada saat dilakukan pengkajian Ny.E mengatakan sering mendengar suara yang memanggil namanya di waktu subuh dan jika pasien sendirian di kamar, frekuensi sering. Sehingga membuat bingung dan mondar mandir di kamar mandi, saat mendengar pasien hanya berigstifar. Dari data yang diperoleh juga. Menurut penelitian (Aritonang & Keperawatan Darmo, 2021) pasien dengan halusinasi umumnya sering menarik diri, tersenyum sendiri, memandang satu arah, gelisah dan tiba-tiba marah. Gejala-gejala yang muncul tersebut tidak semua mencakup dengan yang ada di teori klinis dari halusinasi.

Dari tinjauan kasus didapatkan pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien putus obat yang disarankan karena pasien sering lupa, sehingga pada saat pasien tidak teratur meminum obat maka penyakit yang diderita akan kambuh dan membuat

pasien marah-marah sampai memukul anaknya tanpa alasan. Menurut (Harkomah, 2019) keluarga merupakan faktor penting yang menentukan keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi. Merawat pasien berarti juga harus terlibat langsung dalam program pengobatan pasien. Oleh karena itu, penting bagi keluarga untuk mengetahui manfaat tentang obat, jenis, dosis, waktu, cara pemberian dan efek samping obat. Kondisi halusinasi dalam perawatan dan pengobatannya bisa dikontrol oleh obat.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Penulis mengangkat diagnosa berdasarkan pohon masalah terutama pada *core problem* yaitu Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran. Berdasarkan data pengkajian, banyak data yang sesuai dengan tanda dan gejala halusinasi. Dapat dilihat yang tertera pada pohon masalah, koping individu inefektif dan regimen terapeutik inefektif serta harga diri rendah dimana ini adalah sebagai masalah Ny.E sehingga menyebabkan halusinasi (masalah utama) sampai dengan resiko perilaku kekerasan.

#### **4.3 Perencanaan Keperawatan**

Pada perencanaan keperawatan penulis hanya berfokus pada prioritas masalah atau masalah yang harus di selesaikan, yaitu gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran. Rencana keperawatan yang penulis lakukan sama dengan di tinjauan teoritis sehingga tidak terdapat kesenjangan diantaranya. Rencana tindakan keperawatan yang akan di lakukan Ny.E dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran adalah membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi (jenis, isi, waktu terjadinya, frekuensi, dan situasi) yang menimbulkan halusinasi, dan mengontrol halusinasi dengan strategi pelaksanaan (SP)

yaitu, mengontrol halusinasi dengan menghardik, bercakap-cakap, melakukan kegiatan terjadwal, dan minum obat dengan baik dan teratur dengan prinsip 6 benar (benar: jenis, dosis, frekuensi, penggunaan, cara, kontinuitas minum obat).

#### **4.4 Tindakan Keperawatan**

Sebelum melakukan implementasi, perawat dan pasien sudah menyusun tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan sesuai dengan kondisi pasien saat ini. Hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien perlu untuk membangun BHSP. Implementasi yang akan dilakukan dengan asuhan keperawatan jiwa Ny.E masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis skizoafektif tipe depresi di ruang flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur dilakukan mulai 14 Desember-17 Desember 2021.

Pelaksanaan SP 1 pertemuan pertama dilakukan pada tanggal 14 Desember 2021 yang kegiatannya mencakup membina hubungan saling percaya (BHSP) dengan pasien, membina hubungan saling percaya, membantu pasien mengungkapkan masalahnya, mengidentifikasi jenis, waktu, isi, respon dan situasi yang menimbulkan halusinasi, mengajarkan pasien menghardik dengan cara menutup telinga dan berbicara.

Pelaksanaan SP 1 pertemuan kedua dilakukan pada tanggal 15 Desember 2021 yang kegiatannya mencakup mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, mengajarkan kembali pasien untuk menghardik halusinasinya, disebabkan karena pasien masih belum bisa menghardik halusinasinya.

Pelaksanaan SP 2 pertemuan ketiga dilakukan pada tanggal 16 Desember 2021 yang kegiatannya mencakup mengevaluasi jadwal kegiatan harian, melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Pelaksanaan SP 3 pertemuan keempat dilakukan pada tanggal 17 Desember 2021 yang kegiatannya mencakup mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, melatih mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan yang biasa dilakukan, menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

#### **4.5 Evaluasi Keperawatan**

Penulis melakukan evaluasi pada tinjauan pustaka belum dapat dilakukan karena merupakan kasus semu, sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung. Pada tahap evaluasi ini bertujuan untuk mengetahui keberhasilan tindakan yang telah dilakukan dengan cara menanyakan kembali apa yang telah dibicarakan dan telah dicapai selama ini dengan menggunakan penelitian berdasarkan respon subjektif, objektif, analisa dan *planning* (SOAP) sehingga terpantau respon pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi, penulis melakukan SP pasien mampu mencapai SP 1 yaitu: membina hubungn saling percaya, membantu pasien mengungkapkan masalahnya, mengidentifikasi jenis, waktu, isi, respon dan situasi yang menimbulkan halusinasi, mengajarkan pasien menghardik dengan cara menutup telinga dan berbicara, terlaksana dalam dua kali pertemuan. SP 2 pasien mampu

mengontrol halusinasi dengan bercakap dengan orang lain. SP 3 pasien mampu mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan yang biasa dilakukan seperti terapi aktivitas kelompok (TAK), senam pagi, makan bersama, mandi dan mengerjakan sholat fardu. Pasien Ny.E di ruang Flamboyan sebagian tercapai sampai tanggal 17 Desember 2021. Pada hari terakhir diberikan penyuluhan kepada keluarga terkait merawat pasien dengan halusinasi di rumah.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

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

#### **5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil pembahasan tentang asuhan keperawatan jiwa yang dilakukan maka dapat diambil simpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian keperawatan jiwa masalah utama gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran pada Ny.E dengan diagnosa medis skizoafektif tipe depresi di dapatkan bahwa sebelum pasien dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur memang sudah 5 kali keluar masuk dan mendapat pengobatan.
2. Pada penegakan diagnosa keperawatan jiwa yang muncul pada pasien yaitu dengan masalah utama gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran disertai resiko mencederai diri dan orang lain, regimen terapeutik inefektif.
3. Perencanaan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan masalah utama gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran meliputi membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi yang menyebabkan halusinasi pendengaran muncul dan respon saat mengalami halusinasi, melatih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik, bercakap-

cakap dengan orang lain, memasukkan jadwal harian, dan meminum obat secara rutin atau teratur.

4. Pada pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang sudah dibuat meliputi membina hubungan saling percaya, mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, mengontrol halusinasi dengan membuat aktivitas harian yang terjadwal.
5. Pada evaluasi keperawatan jiwa didapatkan hasil evaluasi yang melihat pasien mampu membina meliputi membina hubungan saling percaya, mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, mengontrol halusinasi dengan membuat aktivitas harian yang terjadwal.
6. Pada dokumentasi tindakan keperawatan pasien secara benar dan sesuai SPTK yang telah dibuat dan direncanakan untuk mengatasi masalah gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran pada Ny.E, yang dilaksanakan mulai tanggal 14 sampai dengan 17 Desember 2021.

## **5.2 Saran**

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

1. Bagi Institusi Pendidikan

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

## 2. Bagi Rumah Sakit

Untuk meningkatkan pengetahuan dengan mempelajari konsep halusinasi pendengaran dan meningkatkan keterampilan dengan mengikuti seminar serta pemahaman perawat tentang perawatan pada pasien jiwa khususnya dengan halusinasi pendengaran sehingga perawat dapat membantu mengatasi pasien dengan baik.

## 3. Bagi Mahasiswa

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

## DAFTAR PUSTAKA

- Afnuhazi, R. (2015). *Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Jiwa*. Gosyen Publishing.
- Annisa, Y. N., & Ikawati, Z. (2021). Pola Pengobatan Pasien Skizoafektif Tipe Depresif di RS Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang. *Majalah Farmaseutik*, 17(3). <https://doi.org/10.22146/FARMASEUTIK.V11I1.59068>
- Aprian, I. (2019). *Person Centered Therapy Untuk Menurunkan Depresi Pada Pasien Skizoafektif*. Prosiding Seminar Nasional Multidisiplin. UNWAHA Jombang. <https://ejournal.unwaha.ac.id/index.php/snami/article/view/688>
- Aritonang, M., & Keperawatan Darmo, A. (2021). Efektifitas Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Terhadap Kemampuan Mengontrol Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Ruang Cempaka Di RSJ Prof. Dr. M. Iindrem MEedan Tahun 2019. *Jurkessutra : Jurnal Kesehatan Surya Nusantara*, 9(1). <https://doi.org/10.48134/JURKESSUTRA.V9I1.64>
- Choiri, I. (2017). Rasionalitas Penggunaan Obat Antidepresan Pada Pasien Skizoafektif Di Instalasi Rawat Inap Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta. *Psychology, Medicine*.
- Direja, A. herman. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Nuha Medika.
- Dwiranto, U., Rachmawati, N., & Sutedjo. (2021). View of Study of Perceptual Sensory Disorders : A Case Study of Schizoaffective Patient. *UrbanGreen Journal. HEALTH MEDIA.*, Volume 2 I, 11–16.
- Emulyani, & Herlambang. (2020). Pengaruh Terapi Zikir Terhadap Penurunan Tanda Dan Gejala Halusinasi Pada Pasien Halusinasi. *Health Care : Jurnal Kesehatan*, 9(1), 17–25. <https://doi.org/10.36763/HEALTHCARE.V9I1.60>
- Harkomah, I. (2019). Analisis Pengalaman Keluarga Merawat Pasien Skizofrenia dengan Masalah Halusinasi Pendengaran Pasca Hospitalisasi. *Jurnal Endurance : Kajian Ilmiah Problema Kesehatan*, 4(2), 282–292. <https://doi.org/10.22216/JEN.V4I2.3844>
- Hasanah, L. (2015). *Penyakit Skizoafektif dengan Tipe Depresi pada Wanita 34 Tahun*. *Jurnal Medula*. <https://joke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/medula/article/view/791>
- Kartikadewi, A. (2015). *Buku Ajar Sistem Neurobehaviour (Psikiatri)*. [www.repository.unimus.ac.id](http://www.repository.unimus.ac.id)
- Mislika, M. (2021). *Penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.N Dengan Halusinasi Pendengaran*. <https://doi.org/10.31219/OSF.IO/EFW6J>
- Muhith, Abdul. (2015). Pendidikan Keperawatan Jiwa: Teori dan Aplikasi. *Berita Ilmu Keperawatan*, 286–288.
- Padhy, S., & Hedge, A. (2015). Schizoaffective Disorder: Evolution and Current Status of the Concept. *Turkish Journal of Psychiatry, Summer*;26(, 131–137.
- Putra, G. O. R. K. (2020). *Gangguan Skizoafektif Tipe Manik : Sebuah Laporan Kasus*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Denpasar, Bali.
- Rahayu, D. R. (2016). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi Pendengaran Di Ruang Bima Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas*. Repository Perpustakaan.

- Riskesdes. (2018). *Kementerian Kesehatan RI*.
- Sinurat, E. A. (2019). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kekambuhan Penderita Skizofrenia Di Poliklinik Jiwa Rrumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Medan Tatun 2019*.
- Stuart, G. W. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart Buku 2 : Edisi Indonesia* (B. A. Keliat (ed.)).
- Sutejo. (2018). *Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Yogyakarta : Penerbit Pustaka Baru Press.
- WHO. (2019). *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Wijaya, O. P. (2018). *Skizoafektif*.
- Yosep, I. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance Mental Health Nursing* (Cet. 6.). Bandung Refika Aditama.

**LAMPIRAN 1****CURICULUM VITAE**

Nama : Nia Rahmawati Arif  
NIM : 2130118  
Tempat/ Tgl Lahir : Ambon, 15 Agustus 1999  
Agama : Islam  
Alamat : Taeno Bawah, RumahTiga, Teluk Ambon, Maluku  
Emai : [niarahmawati150@gmail.com](mailto:niarahmawati150@gmail.com)

## Riwayat Pendidikan :

1. SD Inpres 60 Taeno Tamat tahun 2011
2. SMPN 21 Ambon Tamat tahun 2014
3. SMKS Kesehatan Ambon Tamat tahun 2017
4. S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya Tamat tahun 2021

## LAMPIRAN 2

### MOTTO DAN PERSEMBAHAN

#### MOTTO

**“Sesungguhnya Bersama Kesulitan itu Ada Kemudahan (QS. Al-Insyirah: 6)”**

#### PERSEMBAHAN

Karya ini saya persembahkan kepada :

1. Allah SWT, yang telah memberikan nikmat kesehatan, kelancaran serta keberkahan dalam setiap langkah-langkah dalam proses pengerjaan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Kedua orang tua saya (Ibu WaYuhura dan Bapak LaDjuma), Kakak Rivaldi Arief, Adik M. Iqbal Arif dan Haikal Arif, Nenek dan Kakek beserta keluarga saya yang tanpa henti memberikan do'a dan semangat setiap harinya serta kasih sayang yang besar dan begitu tulus yang tidak mungkin dapat di balas dengan apapun.
3. Sahabatku Dwiki, Riska, Erica, Disty, Jihan, Carmitha, Wulan, Umie, Fatimah yang saling memberi support dan motivasi. Terima kasih kepada kak Ika, kak Afni yang sudah membimbing saya dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
4. Para orang baik di sekitar saya, saya berterima kasih support nya. Semoga Allah selalu melindungi dan meridhoi kalian dimanapun kalian berada. Aamiin Ya Robbal'Alaamin.

### **LAMPIRAN 3**

#### **STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN MASALAH HALUSINASI PENDENGARAN**

**Pertemuan : Ke 1 (SP 1)**

**Nama : Ny.E**

**Hari/Tanggal : Selasa, 14 Desember 2021**

#### **A. PROSES KEPERAWATAN**

##### **1. Kondisi Klien**

###### **DS :**

Pasien mengatakan sering mendengar suara yang memanggil namanya di waktu subuh dan jika pasien sendirian di kamar, frekuensi sering. Sehingga membuat bingung dan mondar mandir di kamar mandi, saat mendengar pasien hanya berigstifar.

###### **DO :**

- a. Pasien kadang melamun dan mondar mandir kamar mandi
- b. Pasien pernah memukul anaknya
- c. Pasien merasa sedih kalau halusinasinya muncul
- d. Kontak mata kurang

##### **2. Diagnosa Keperawatan**

Perubahan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

##### **3. Tujuan Keperawatan**

- 1) Klien dapat membina hubungan saling percaya
- 2) Klien dapat mengidentifikasi jenis halusinasi
- 3) Klien dapat mengidentifikasi isi halusinasi
- 4) Klien dapat mengidentifikasi waktu dan frekuensi halusinasi
- 5) Klien dapat mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi
- 6) Klien dapat mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi
- 7) Klien dapat menghardik halusinasi
- 8) Klien dapat memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian

#### 4. Rencana Tindakan Keperawatan

- 1) Bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik
- 2) Bantu klien mengenal halusinasinya meliputi : isi, jenis, waktu, frekuensi, situasi, dan respon saat terjadi halusinasi.
- 3) Latih klien untuk mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
- 4) Anjurkan klien untuk memasukan dalam jadwal kegiatan harian

### **B. STRATEGI KOMUNIKASI**

#### 1. Fase Orientasi

##### a. Salam Terapeutik

Assalamualaikum, selamat siang ibu? Perkenalkan nama saya Nia Rahmawati Arif, bisa dipanggil Nia. Saya mahasiswa STIKES Hang Tuah Surabaya. Saya sedang praktik disini selama 2 minggu kedepan. Kalau saya boleh tahu nama ibu siapa dan senangnya dipanggil siapa?

##### b. Evaluasi Validasi

Bagaimana perasaan ibu hari ini? Bagaimana tidurnya tadi malam? ada keluhan tidak ?

##### c. Kontrak

- Topik

Apakah bapak tidak keberatan untuk mengobrol dengan saya? Menurut bapak sebaiknya kita mengobrol apa ya? Bagaimana kalau kita mengobrol tentang suara yang ibu dengar selama ini ?

- Tujuan

Setelah ibu cerita, nanti saya bantu ibu mengidentifikasi halusinasi ibu dan cara menghardiknya.

- Waktu

Berapa lama kira-kira kita bisa mengobrol? ibu mau berapa menit ? bagaimana 15 menit,bisa !

- Tempat

Dimana kita duduk? diluar? di kursi itu atau dimana ?

## 2. Fase Kerja

Apakah ibu mendengar suara tanpa ada wujudnya? Apa yang dikatakan suara itu? Apakah terus-menerus terdengar, atau hanya sewaktu-waktu saja? berapa sehari ibu melihatnya? pada keadaan apa, apakah pada waktu sendirian? Apa yang ibu rasakan saat mengalami hal itu? apa yang ibu lakukan? Bagaimana kalau kita belajar cara mencegah suara-suara itu agar tidak muncul. Pertama dengan cara menghardik suara tersebut, kedua dengan cara bercakap-cakap, ketiga melakukan kegiatan yang sudah terjadwal dan ke empat minum obat secara teratur. Bagaimana kalau kita belajar satu dulu yaitu dengan menghardik dengan cara: saat suara itu muncul langsung ibu tutup telinga dan katakan “pergi saya tidak mau dengar, kamu suara palsu!” begitu diulang-ulang sampai suara dan bayangan itu hilang. Ayo..!! silahkan ibu coba. Iya. bagus itu ibu sudah mulai bisa. Sebaiknya latihan ini ibu lakukan secara rutin, sehingga jika sewaktu-waktu halusinasi itu muncul ibu sudah terbiasa.

## 3. Fase Terminasi

### a. Evaluasi Subjektif

Bagaimana perasaan ibu dengan obrolan kita tadi ? ibu merasa senang tidak dengan latihan tadi ?

### b. Evaluasi Objektif

Dapatkah ibu memperagakan cara menghardik yang tadi kita lakukan ?

### c. Rencana tindak lanjut

Kalau suara-suara itu muncul lagi, silahkan ibu coba cara tersebut! bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya ? nanti dilakukan ya bu.

### d. Kontrak yang akan datang

- Topik  
Bagaimanan kalau besok kita mengulang lagi tentang cara yang kita ajari hari ini bu.
- Waktu  
Untuk besok bagaimana kalau kita berbincang jam 15.00 WIB, bisa ?
- Tempat  
Ibu mau mengobrol dimana? Diruang makan? Ok bu, saya pamit dulu.

**Pertemuan : Ke 2 (SP 1)**

**Nama : Ny.E**

**Hari/Tanggal : Rabu, 15 Desember 2021**

#### **A. PROSES KEPERAWATAN**

##### 1. Kondisi Klien

###### **DS :**

Pasien masih mengatakan sering mendengar suara yang memanggil namanya di waktu subuh dan jika sendirian di kamar, frekuensi jarang dan saat mendengar suara pasien tidak menghiraukan.

###### **DO :**

- a. Pasien kadang melamun
- b. Pasien merasa sedih kalau halusinasinya muncul
- c. Kontak mata ada, berpakaian rapi dan sesuai

##### 2. Diagnosa Keperawatan

Perubahan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

##### 3. Tujuan Keperawatan

- 1) Klien dapat menghardik halusinasi dan mengalihkan keyakinan yang salah menjadi benar
- 2) Klien dapat memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian

##### 4. Rencana Tindakan Keperawatan

- 1) Evaluasi kembali cara menghardik dan berikan pujian

#### **C. STRATEGI KOMUNIKASI**

##### 1. Fase Orientasi

###### a. Salam Teraupetik

Assalamualaikum ibu? Masih ingat dengan saya tidak ?

###### b. Evaluasi Validasi

Bagaimana perasaan ibu hari ini? Bagaimana tidurnya tadi malam? ada keluhan tidak ? apakah ibu sudah bisa melakukan pengalihan halusinasi dengan cara menghardik?

###### c. Kontrak

- Topik

Baiklah sesuai janji kita kemarin hari ini kita akan latihan lagi cara menghardik yang benar ya bu ?

- Waktu

Berapa lama kira-kira kita bisa mengobrol? ibu mau berapa menit ? bagaimana 15 menit,bisa !

- Tempat

Ibu mau mwnngobrol dimana ? bagaimana kalau di ruang makan?

## 2. Fase Kerja

Baiklah coba ibu lakukan lagi bagaimana cara menghardik yang sudah kita pelajari kemarin? dengan cara: saat suara itu muncul langsung ibu tutup telinga dan katakan “pergi saya tidak mau dengar, kamu suara palsu!” begitu diulang-ulang sampai suara itu hilang. Ayo..!! silahkan ibu coba. Iya. bagus itu ibu sudah mulai bisa. Sebaiknya latihan ini ibu lakukan secara rutin, sehingga jika sewaktu-waktu halusinasi itu muncul ibu sudah terbiasa.

## 3. Fase Terminasi

### a. Evaluasi Subjektif

Bagaimana perasaan ibu dengan obrolan kita tadi ? ibu merasa senang tidak dengan latihan tadi ?

### b. Evaluasi Objektif

Dapatkah ibu mempragakan cara menghardik yang tadi kita lakukan ?

### c. Rencana tindak lanjut

Kalau suara-suara itu muncul lagi, silahkan ibu coba cara tersebut! bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya ? nanti dilakukan ya bu.

### d. Kontrak yang akan datang

- Topik

“Bagaimana kalau besok kita bertemu lagi untuk belajar cara kedua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi itu muncul?

- Waktu

Mau jam berapa bu? Bagaimana kalau jam 09.00?

- Tempat  
 “Mau dimana kita latihan? Bagaimana kalau kita berbincang di kamar ibu sekalian bercakap-cakap dengan teman ibu dikamar. Sampai besok ya bu. Selamat siang.

**Pertemuan : Ke 3 (SP 2)**

**Nama : Ny.E**

**Hari/Tanggal : Kamis, 16 Desember 2021**

#### **A. PROSES KEPERAWATAN**

##### 1. Kondisi klien

DS :

- Klien mengatakan keadaannya baik-baik saja
- Klien mengatakan sudah melatih cara menghardik
- Klien mengatakan masih mendengar tapi tidak sering dan mulai tidak menghiraukan

DO :

- Kontak Mata (+)
- Klien tampak kooperatif dan tenang
- Klien berpakaian sesuai dan rapi

##### 2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran

##### 3. Tujuan khusus

- Klien mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan
- Klien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain

##### 4. Tindakan Keperawatan

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien

- b. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain (kegiatan yang biasa dilakukan pasien)
- c. Menganjurkan pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian

## **B. STRATEGI KOMUNIKASI**

### 1. Fase Orientasi

“Selamat pagi bu. Masih dengan ingat nama saya? Wah bagus sekali bu masih mengingat nama saya. “Bagaimana perasaan pak hari ini? “Apakah suara itu masih muncul? Apakah sudah menggunakan cara yang diajarkan? Apakah suara tersebut cepat hilang? Bagus ! “Sesuai janji saya kemarin saya akan mengajarkan cara kedua untuk mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap bersama orang lain. Kita akan latihan selama 15 menit ya? Kita latihan ditempat tidur ibu ya?

### 2. Fase Kerja

“Cara kedua untuk mencegah halusinasi adalah dengan cara becakap-cakap bersama orang lain. Jadi kalau ibu mendengar suara yang memanggil nama ibu tersebut langsung saja cari teman atau perawat untuk diajak ngobrol. “Caranya adalah: tolong saya, suara itu datang lagi, ayo ngobrol dengan saya”. Jika tidak ibu langsung saja menemui teman dan berbincang-bincang dengannya, ininya ibu jangan melamun atau menanggapi suara tersebut. Jika dirumah ajaklah cucu bermain atau menantu untuk mengobrol dengan ibu sehingga tidak menghiraukan suara tersebut. Bagaimana, apakah ibu mengerti? Kalau begitu coba ibu lakukan seperti yang tadi saya lakukan. Bagus bu. Coba lagi ! Nah begitu, bagus, latihan terus ya bu

### 3. Fase Terminasi

#### a. Evaluasi subjektif

“Bagaimana perasaan ibu setelah latihan cara kedua ini?

#### b. Evaluasi objektif

“Coba ibu ulangi lagi apa yang sudah kita bicarakan. “Jadi sudah ada berapa cara yang ibu pelajari untuk mencegah suara tersebut?

#### c. Rencana Tindak lanjut

“Bagaimana kalau kita masukan dalam jadwal kegiatan harian ibu. Mau jam berapa latihan bercakap-cakap? Nah nanti lakukan secara teratur serta sewaktu-waktu suara itu muncul! Nanti 30 menit lagi saya akan ke mari lagi”. Dan kita latih lagi sesuai jadwal.

d. Kontrak yang akan datang

- Topik

“Bagaimana kalau besok kita bertemu lagi untuk belajar cara ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal?

- Waktu

Mau jam berapa ibu? Bagaimana kalau jam 12.00?

- Tempat

“ibu mau dimana kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau kita pindah ruang makan? Baiklah kalau begitu, sampai besok ya bu. Saya permisi dulu, Assalamualaikum.

**Pertemuan : Ke 4 (SP 3)**

**Nama : Ny.E**

**Hari/Tanggal : Jumat, 17 Desember 2021**

**A. PROSES KEPERAWATAN**

1. Kondisi klien

DS :

- Klien mengatakan keadaannya baik-baik saja
- Klien mengatakan sudah melatih cara menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain
- Klien mengatakan masih mendengar tapi tidak sering dan mulai tidak menghiraukan

DO :

- Kontak Mata (+)
- Klien tampak kooperatif dan tenang

- Klien berpakaian sesuai dan rapi
2. Diagnosa Keperawatan  
Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran
  3. Tujuan khusus
    - Klien dapat mempraktekkan cara mengontrol halusinasi dengan menyibukkan diri melakukan aktivitas bermanfaat
  4. Tindakan Keperawatan
    - a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
    - b. Mengajarkan klien untuk menyibukkan diri dengan melakukan aktivitas kegiatan yang disukai
    - c. Menganjurkan pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian

## **B. STRATEGI KOMUNIKASI**

1. Fase Orientasi
 

“Selamat siang bu. Masih dengan ingat nama saya? Bagaimana perasaan ibu hari ini? “Apakah suara itu masih muncul? Apakah sudah menggunakan cara yang diajarkan? Bagaimana hasilnya? “Sesuai janji saya kemarin saya akan mengajarkan cara ketiga untuk mengontrol halusinasi yaitu melakukan kegiatan terjadwal. Kita akan latihan selama 15 menit ya? Kita latihan ditempat tidur ibu ya?”
2. Fase Kerja
 

“bagaimana latihan berbincang-bincang yang ibu lakukan sebelumnya? Apakah sudah dilatih? Bagus sekali bu. Hari ini saya akan mengajarkan cara ketiga, sebelumnya kegiatan apa saja yang ibu lakukan setiap harinya? Wah banyak juga yah. Baik bu hari ini kita akan mengajarkan cara ketiga untuk memutuskan halusinasi adalah jika suara itu muncul lagi sebaiknya ibu banyak melakukan kegiatan positif yang ibu sukai seperti menonton tv, mengikuti kegiatan rehabilitasi, mengikuti senam bersama yang lain, jika dirumah ibu bisa bermain dengan cucu, membersihkan rumah atau memasak. Karena dengan aktifitas maka tidak ada waktu buat ibu untuk mendengarkan suara tersebut, apakah ibu mengerti?”

### 3. Fase Terminasi

#### a. Evaluasi subjektif

“Bagaimana perasaan ibu setelah latihan cara ketiga ini?”

#### b. Evaluasi objektif

“Kalau begitu coba ibu ulangi cara mengendalikan jika suara itu muncul lagi dengan melakukan aktivitas yang ibu sukai”.

#### c. Rencana Tindak lanjut

“baiklah ibu mari kita memasukkan dalam jadwal kegiatan harian ibu, coba lakukan sesuai jadwal ya bu”.

#### d. Kontrak yang akan datang

- Topik

“Bagaimana kalau besok kita bertemu lagi untuk belajar cara keempat yaitu cara minum obat yang baik serta guna obat ya bu?”

- Waktu

Mau jam berapa ibu? Bagaimana kalau jam 2 bu?

- Tempat

“ibu mau dimana kita berbincang-bincang? Tetap diruang makan ya bu? Baiklah kalau begitu, sampai besok ya bu. Saya permisi dulu, Assalamualaikum.

## LAMPIRAN 4

## ANALISA PROSES INTERAKSI (API)

KOMUNIKASI VERBAL	KOMUNIKASI NON VERBAL	ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT	ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN	RASIONAL
<p>P : Assalamualaikum, selamat siang bu, boleh kita ngobrol sebentar?</p> <p>K : waalikumsalam, siang mbak, boleh</p>	<p>P : tersenyum, mata memandang klien.</p> <p>K : tersenyum, mata meihat perawat</p>	<p>Perawat ingin membuka percakapan dengan klien dan berharap dengan sapaan sederhana perawat bisa diterima oleh klien</p>	<p>Klien mau menerima sapaan perawat walaupun masih nampak ragu karena perawat orang baru di lingkungannya</p>	<p>Salam merupakan kalimat pembuka untuk memulai suatu percakapan sehingga dapat terjalin rasa percaya.</p>
<p>P : Ibu mau ngobrol dimana? Kirakira ibu mau berapa lama?</p> <p>K : ehm, terserah mbak saja</p>	<p>P : mata memandang wajah klien, sikap terbuka.</p> <p>K : tersenyum, mata menunduk</p>	<p>Perawat melakukan kontrak tempat dan waktu dengan klien.</p>	<p>Klien nampak ragu dan malu terhadap perawat, tidak mampu membuat keputusan</p>	<p>Penetapan kontrak tempat dan waktu akan membuat proses interaksi berjalan dengan baik. Tempat yang nyaman membuat suasana percakapan menjadi nyaman sedangkan</p>

				waktu yang sudah disepakati dapat membuat perawat dan klien mengontrol alur pembicaraan
<p>P : bagaimana kalau kita ngobrol dimeja makan saja, ibu keberatan jika kita ngobrol selama 20 menit?</p> <p>K : iya mbak boleh</p>	<p>P : tersenyum, mata memandang klien, mempertahankan sikap terbuka</p> <p>K : tersenyum memandang perawat</p>	Perawat mengarahkan klien dalam membuat keputusan dalam percakapan	Klien merasa terbantu dengan sikap perawat, klien mulai terbuka terhadap perawat	Pasien dengan dengan gangguan jiwa terkadang mengalami gangguan dalam mengambil keputusan. Perawat harus membantu klien dalam pengarahan agar klien dapat menetapkan pilihannya
<p>P : Ibu, perkenalkan. Nama saya Nia Rahmawati Arif. Biasanya dipanggil Nia. Saya mahasiswa dari STIKES HangTuah Surabaya yang akan praktek</p>	<p>P : duduk berhadapan dengan klien, menjulurkan tangan, tersenyum, mata memandang klien.</p>	Perawat merasa harus menjelaskan tentang dirinya, berapa lama keberadaannya dan selama berapa jam perharinya	Klien mengerti tentang penjelasan perawat. Klien merasa perawat hadir dalam lingkungannya	Memperkenalkan diri dapat menciptakan rasa percaya klien terhadap perawat. Penjelasan tentang waktu dinas perawat dapat membuat klien mengerti berapa lama

<p>di ruangan ini selama 2 minggu.</p> <p>Boleh saya tau nama Bapak siapa?</p> <p>K : ohhh, boleh mbak. Nama saya ibu E</p>	<p>K : duduk berhadapan dengan perawat, menerima uluran tangan dari perawat sambil tersenyum, mata memandang perawat terkadang memandang tempat lain</p>			<p>perawat akan ada untuk klien</p>
<p>P : Ibu biasanya senang dipanggil dengan nama siapa?</p> <p>K : panggil bu E saja mbak</p>	<p>P : memandang klien, mempertahankan sikap terbuka (tubuh agak condong ke depan, tangan tidak terlipat)</p> <p>K : memandangan perawat dan tersenyum lembut</p>	<p>Perawat ingin menjalin hubungan saling percaya dan merasa senang karena klien sudah mulai memberika respon positif terhadap dirinya</p>	<p>Klien mulai merasa senang dengan keberadaan perawat. Klien mau memberikan respon positif</p>	<p>Nama panggilan merupakan nama akrab klien sehingga menciptakan rasa senang akan adanya pengakuan atas namanya</p>
<p>P : Ibu asalnya dari mana ?</p>	<p>P : Memandang K</p>	<p>P masih berusaha membangun keakraban</p>	<p>K berpikir dan mengingat-ingat</p>	<p>Topik sederhana membantu menjalin</p>

K : Surabaya mba	K : menjawab sebatasnya	dengan topik sederhana  P senang karena K memberi respon	K senang karena ingat daerah asalnya dan kembali membayangkan daerah asalnya tersebut	kedekatan dengan klien
P : Ohiya bu. Ibu E sudah berapa lama disini?  K : kira-kira 2 mingguan mbak	P : Memandang K sambil tersenyum  K : Bicara menoleh ke tempat lain	P mulai mengkaji data umum pasien	K berpikir dan berusaha mengingat  K membayangkan keadaan yang telah lama dijalaninya	Lama rawat menentukan apakah klien kronis atau akut
P : Bu E umurnya berapa sekarang?  K : Emm.. 51 tahun mbak	P : Mendekatkan diri ke K  K : Menoleh Perawat dan 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 : nah ibu E, selama praktek disini saya akan sering ngobrol dengan ibu	P : memandang klien, tersenyum, mempertahankan	Perawat merasa klien perlu mengetahui tentang tujuan keberadaan	Klien merasa perawat hadir dalam lingkungannya . Klien merasa	Penjelasan tentang tujuan perawat membuat klien yakin bahwa perawat

<p>seperti ini. Kita akan berusaha menyelesaikan masalah yang bapak hadapi.</p> <p>K : iya baik mbak, saya senang jika ada yang mengajak ngobrol</p>	<p>an sikap terbuka</p> <p>K : memandang perawat, wajah nampak antusias</p>	<p>perawat di lingkungan klien</p>	<p>perawat dapat membantunya</p>	<p>memang hadir untuk membantunya</p>
<p>P : Ibu E ingat nggak, kenapa sampai dirawat disini</p> <p>K : Saya dirawat disini karena dibawa sama anak saya karena saya mendengar suara yang terus muncul dan saya memukul anak saya tanpa sebab</p>	<p>P : Menunjukkan keseriusan</p> <p>K : Menoleh ke Perawat sambil serius cerita</p>	<p>P berhati-hati karena pertanyaan tsb sangat spesifik dan takut menyinggung pasien</p> <p>P lega karena K tidak tersinggung</p>	<p>K mengingat-ingat alasan dirinya di rawat, dan menjawab seadanya saja.</p>	<p>Keluhan utama merupakan dasar pasien dirawat di RS Jiwa</p> <p>Membina kepercayaan klien kepada perawat dan mengeksplorasi keluhan merupakan cara untuk mengidentifikasi masalah dan gangguan yang dialami klien.</p>
<p>P : kenapa sampai ibu memukul anak ibu?</p>	<p>P : Mendekatkan diri</p>	<p>P berusaha mengkaji data yang terkait</p>	<p>K membayangkan keadaan keluarganya</p>	<p>Menemukan penyebab dari permasalahan pasien merupakan hal</p>

<p>K : karena waktu itu saya mendengar suara-suara yang memanggil nama saya sampai saya kesal dan memukul anak saya tanpa sebab</p>	<p>K : memandang p dengan serius</p>	<p>kata-katanya tadi</p>		<p>yang inti dari perbincangan dengan klien. Dengan mengembangkan pertanyaan klien akan lebih spesifik dalam memberikan jawaban kepada perawat</p>
<p>P : Baik ibu E, mau nanya kegiatan ibu sehari-hari disini ngapain saja?</p> <p>K : silahkan..hmm Mandi, senam, makan, sholat, ke tempat rehab ehm...ya itu mbak.</p>	<p>P : memandang klien, ekspresi wajah tenang, menunjukkan rasa penasaran, mendengarkan penjelasan klien</p> <p>K : mendengarkan pertanyaan perawat lalu menjawab dengan benar</p>	<p>P mencoba mengalihkan pembicaraan terkait keluarganya</p> <p>P merasa senang karena pasien bisa beralih</p>	<p>K teralih karena pertanyaan baru</p>	<p>Pengalihan agar klien tidak larut dalam kesedihannya</p>
<p>P : hari ini ibu E ada keluhan tidak? Apakah semalam tidurnya nyenyak?</p>	<p>P : memandang klien, menekankan topik bahasan pada klien</p>	<p>P berusaha mengkaji permasalahan yang dihadapi pasien</p>	<p>K menjelaskan keluhannya kepada p</p>	<p>Pertanyaan terbuka akan menghasilkan data yang kualitatif pada klien. Hal ini membuat klien</p>

<p>K : iya mbak saya sering mendengar suara-suara yang memanggil nama saya disaat sendiri mba atau di waktu subuh itu biasanya muncul juga.</p> <p>Alhamdulillah nyenyak mbak.</p>	<p>K : mendengarkan pertanyaan perawat dan mau menjawab</p>	<p>P senang mendapatkan jawaban sesuai pertanyaan</p>	<p>K senang bercerita dengan p</p>	<p>menjawab dengan banyak penjelasan</p>
<p>P : sejauh ini apa yang ibu lakuin jika suara itu muncul</p> <p>K : saya sering bingung dan mondar mandir ke kamar mandi kalau suara itu muncul saya biasanya beristigfar mba.</p>	<p>P : memandang klien dengan empati, sikap terbuka dipertahankan</p> <p>K : menjawab dengan tersenyum</p>	<p>Perawat berusaha mengevaluasi tindakan yang dilakukan klien selain itu sebagai bahan dasar dalam perencanaan tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada klien</p>	<p>Klien menceritakan tindakan apa yang dilakukannya</p>	<p>Tindakan yang pernah dilakukan oleh klien untuk menghentikan halusinasinya dapat membantu perawat dalam menyusun rencana tindakan keperawatan sehingga keberhasilan dalam penyelesaian masalah dapat menjadi maksimal</p>
<p>P : baiklah ibu. Saya akan berusaha membantu ibu. Bahwa</p>	<p>P : memandang klien dengan tersenyum, mempertahankan</p>	<p>Perawat sudah mendapatkan permasalahan klien, perawat melakukan</p>	<p>Klien merasa perawat ada untuk membantunya dalam</p>	<p>Melakukan kontrak terhadap topik selanjutnya dapat</p>

<p>suara tersebut tidak nyata, suara palsu. Apakah ibu mau membicarakan suara tersebut lagi kepada saya? Nanti kita juga akan belajar bagaimana caranya supaya suara itu tidak datang lagi. Bagaimana bu?</p> <p>K : ehmm iya mbak saya mau</p>	<p>an sikap terbuka.</p> <p>K : memandang perawat dengan penuh harap, tersenyum</p>	<p>kontrak topik selanjunya dengan pasien</p>	<p>mengatasi masalahnya. Klien berharap masalah nya akan selesai</p>	<p>membantu perawat untuk proses interaksi selanjutnya agar interaksi yang kedua tidak keluar dari topik yang seharusnya. Dengan menyepakati topik tersebut perawat dan klien samasama memiliki hubungan untuk interaksi selanjutnya</p>
<p>P : Bagaimana perasaan ibu E sekarang setelah berbincang-bincang dengan saya?</p> <p>K : saya senang mba</p>	<p>P : memandang klien dengan tersenyum, mempertahankan sikap terbuka.</p> <p>K : memandang perawat dengan penuh harap, tersenyum</p>	<p>P mengalihkan topik bahasan</p>	<p>K menjawab tentang perasaannya setelah berbincang dengan p</p>	<p>Membina kepercayaan klien kepada perawat dan mengeksplorasi keluhan merupakan cara untuk mengidentifikasi masalah dan gangguan yang dialami klien</p>

<p>P : bu E, kita tadi sudah berkenalan, masih inget nggak nama saya?</p> <p>K : iya mbak masih. Mbak Nia</p>	<p>P : Memandang K</p> <p>K : Memandang P dan tersenyum</p>	<p>P ingin mengakhiri fase I karena sudah cukup banyak data yang terkaji</p> <p>P senang karena K ingat nama P</p>	<p>K memperhatikan P</p> <p>K mengingat nama P</p>	<p>Evaluasi fase I berhasil jika K dapat mengingat nama P sehingga nantinya terjalin terus</p>
<p>P : Nah, saya senang sekali bisa ngobrol dengan bu E. Bagaimana kalau besok kita ngobrol lagi? Sebentar saja kok, seperti hari ini, yach cukup 20 menit saja.</p> <p>K : iya mbak boleh</p>	<p>P : tersenyum, memandang k dengan penuh harap</p> <p>K : Tersenyum terhadap p</p>	<p>P senang karena K mau menentukan kontrak berikutnya</p>	<p>K senang diberikan reinforcement</p> <p>K ikut menentukan kontrak</p>	<p>Kontrak berikutnya harus ditentukan dan harus mendapatkan persetujuan klien agar klien ingat terhadap kontrak</p>
<p>P : baiklah kita akan ngobrol-ngobrol di ruang makan ya bu tentang suara yang ibu dengar dan bagaimana</p>	<p>P : memegang pundak klien, memandang klien dan tersenyum</p>	<p>Perawat melakukan penguatan terhadap kontrak baik kontrak waktu, tempat dan topik. Perawat senang klien</p>	<p>Klien merasa dilibatkan oleh perawat. Klien puas dapat mengambil keputusan sendiri dan merasa senang karena perawat setuju</p>	<p>Kegiatan yang akan dilaksanakan harus mendapat persetujuan K sehingga bila K keluar dari kegiatan dimaksud,</p>

<p>cara mengatasinya.</p> <p>K : iya mbak</p>	<p>K : tersenyum dan memandang kepada perawat</p>	<p>setuju dengan kontrak yang telah dibuat</p>	<p>dengan pilihannya</p>	<p>bisa diingatkan tentang batasan kegiatan sesuai kontrak</p>
<p>P : baiklah bu. Hari ini sampai disini dulu ya. Terima kasih sudah mau ngobrol dengan saya bu. Selamat siang</p> <p>K : sama-sama mbak. Terima kasih juga, iya siang mba</p>	<p>P : memandang klien, tersenyum, menjulurkan tangan</p> <p>K : tersenyum, memandang perawat dan menerima juluran tangan perawa</p>	<p>P menutup fase I</p> <p>P senang karena K mau berinteraksi dengan P</p>	<p>K menunjukkan rasa percaya pada P</p> <p>K menyambut salam P</p>	<p>Salam penutup merupakan akhir fase yang harus dilakukan untuk mencegah tidak percaya pada klien</p>

#### KESAN PERAWAT :

Fase awal yaitu fase I (perkenalan) dapat dilaksanakan dengan baik. Klien cukup kooperatif walaupun kadang memandang kearah lain. Data yang tergalai adalah data mengenai, halusinasi dengar, resiko harga diri rendah kronik, menarik diri, resiko perilaku kekerasan. Kontrak selanjutnya telah dilaksanakan dan pasien menerima kontrak tersebut. Secara umum proses interaksi sudah dapat dilanjutkan dengan fase berikutnya yaitu fase kerja.

## LAMPIRAN 5

### SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP) KONTROL DAN MINUM OBAT

#### A. Tujuan Instruksional

##### 1. Tujuan umum

Setelah diberikan penyuluhan selama 20 menit, keluarga mampu memahami tentang control dan minum obat pada pasien dengan gangguan jiwa.

##### 2. Tujuan khusus

- a. Menjelaskan pengertian obat gangguan jiwa
- b. Menyebutkan hal-hal yang perlu diperhatikan keluarga dalam pemberian obat pada pasien gangguan jiwa
- c. Memahami peran serta keluarga dalam kontrol dan pemberian pasien gangguan jiwa

#### B. Materi Penyuluhan

##### 1. Pengertian

Psikofarmaka adalah obat-obatan yang digunakan untuk klien dengan gangguan mental. Psikofarmaka termasuk obat-obatan psikotropik yang bersifat neuroleptik (jenis obat yang bekerja pada susunan saraf pusat). Pengobatan pada gangguan mental bersifat komprehensif, yang meliputi:

- a. Teori biologis (somatik), mencakup pemberian obat psikotik dan Elektro Convulsi Therapi (ECT)
- b. Psikoterapeutik
- c. Terapi modalitas

Psikofarmakologi adalah kedua dari komponen management psikoterapi. Perawat perlu memahami konsep umum psikofarmaka. Beberapa yang termasuk Neurotransmitter adalah Dopamin, Neuroepineprin, Serotonin, dan GABA (*Gama Amino Buteric Acid*), dll. Meningkatnya dan menurunnya kadar/konsentrasi neurotransmitter akan menimbulkan kekacauan atau gangguan mental. Obat-obatan psikofarmaka efektif untuk mengatur keseimbangan Neurotransmitter.

## 2. Tujuan Minum Obat

Tujuan meminum obat gangguan jiwa adalah:

- a. Mencegah kekambuhan penyakit
- b. Menyembuhkan penyakit
- c. Memulihkan (rehabilitasi) kesehatan
- d. Mengubah fungsi normal tubuh untuk tujuan tertentu
- e. Peningkatan kesehatan
- f. Mengurangi rasa sakit

## 3. Macam-macam Obat Psikofarmaka

### a. Antipsikotik

Disebut neuroleptika atau major tranquillizer atau psikotropik: Neuroleptika. Indikasi utama obat golongan ini adalah untuk penderita gangguan psikotik (skizofrenia atau psikotik lainnya).

- 1) Mekanisme kerja: menahan kerja reseptor Dopamin dalam otak (di ganglia) pada sistem limbic dan sistem ekstrapiridal
- 2) Efek farmakologi: sebagai penenang, menurunkan aktivitas motorik, mengurangi insomnia, sangat efektif mengatasi delusi, halusinasi, ilusi, dan gangguan proses piker
- 3) Indikasi pemberian antipsikotik: pada semua jenis psikosa, kadang untuk gangguan manik dan paranoid.
- 4) Efe samping: efek samping pada sistem saraf

### b. Antidepresan

Merupakan golongan obat-obatan yang mempunyai khasiat mengurangi atau menghilangkan gejala depresif. Pada umumnya bekerja meningkatkan neurotransmitter norepinefrin dan serotonin.

- 1) Mekanisme kerja:
  - a) Meningkatkan sensitivitas terhadap aminergik neurotransmitter
  - b) Menghambat reuptake aminergik neurotransmitter

- c) Menghambat penghancuran oleh enzyme MAO (Mono Amine Oxidase) sehingga terjadi peningkatan jumlah aminergik neurotransmitter pada neuron SSP
- 2) Efek farmakologi: mengurangi gejala depresi dan sebagai penenang
- 3) Jenis obat yang digunakan yaitu:
  - a) Trisiklik
  - b) MAO Inhibitor
  - c) Aminotriptylin
- 4) Efek samping: terhadap sistem sarafperifer seperti mulut kering, penglihatan kabur, dan konstipasi
- c. Antiansietas (*Anxiolytic Sedative*)

Obat golongan ini dipakai untuk mengurangi ansietas/kecemasan yang patologis tanpa banyak berpengaruh pada fungsi kognitif. Secara umum, obat-obat ini berefek sedatif dan berpotensi menimbulkan toleransi/ketergantungan terutama pada golongan benzodiazepin.

Benzodiazepine merupakan obat yang paling banyak diresepkan di seluruh dunia, dan selama 20 tahun terakhir obat tersebut hamper seluruhnya menggantikan berbiturat dalam pengobatan ansietas dan gangguan tidur. Obat ini terkenal karena keefektifan dan margin keamanan yang luas.

Antiansietas digunakan untuk mengontrol ansietas, kelainan somatroform, kelainan disosiatif, kelainan kejang, dan untuk meringankan sementara gejala-gejala insomnia dan ansietas. Obat-obatan yang termasuk antiansietas antara lain:

Fenobarbital	: 16-320 mg/hari
Meprobamat	: 200-2400mg/hari
Klordiazepoksida	: 15-100mg/hari

- 1) Mekanisme kerja: Benzodiazepine diduga memberikan efek antiansietasnya melalui potensial yang kuat pada neurotransmitter inhibisi asam  $\gamma$ -aminobutirat (GABA).
- 2) Indikasi utama: gangguan ansietas umum, ansietas yang berhubungan dengan depresi, gangguan tidur, fobia, pascatrauma, putus obat dan alkohol, gangguan kejang, ansietas preoperasi.
- 3) Efek samping:
  - Umum: mengantuk (sedasi), ataksia (pusing), perasaan terpisah dari orang lain, peningkatan iritabilitas atau bermusuhan, amnesi anterograde, efek kognitif pada penggunaan jangka panjang
  - Jarang: mual, sakit kepala, kebingungan, kerusakan psikomotor kasar, depresi, reaksi amuk paradoksial

d. Antimanik (*mood stabilizer*)

Merupakan kelompok obat yang berkhasiat untuk kasus gangguan afektif bipolar terutama episodik mania dan sekaligus dipakai untuk mencegah kekambuhannya.

- 1) Mekanisme kerja: menghambat pelepasan serotonin dan mengurangi sensitivitas dari reseptor dopamin.
- 2) Efek farmakologi: mengurangi agresivitas, tidak menimbulkan efek sedatif, mengoreksi/mengontrol pola tidur, *irritable*. Pada mania dengan kondisi berat pemberian antimania dikombinasikan dengan obat antipsikotik.
- 3) Efek samping: efek neurologic ringan seperti kelelahan, letargis, tremor di tangan, diare dan mual.
- 4) Efek toksik: pada ginjal (poliuri dan edema), peningkatan jumlah litium, sehingga menambah keadaan edema. Sedangkan pada SPP (tremor, kurang koordinasi, nistagmus, dan disorientasi)

e. Anti insomnia : Phenobarbita

- 1) *Benzodiazepine Receptor Agonist* (BzRA) merupakan pengobatan yang paling umum digunakan, yang bekerja pada reseptor GABA

- 2) *Ramelteon* merupakan anti insomnia pertama dengan kandungan yang tidak mengontrol dan tidak berpotensi menimbulkan ketergantungan dan penyalahgunaan.
- f. Anti Obsesif-kompulsif: Clomipramin
  - g. Anti Panik: Imipramine
  - h. Anti Parkinson
    - 1) Mekanisme kerja: meningkatkan reseptor dopamine, untuk mengatasi gejala parkinsonisme akibat penggunaan obat antipsikotik.
    - 2) Efek samping: sakit kepala, mual, muntah, dan hipotensi
    - 3) Jenis obat yang sering digunakan: Levodopa, Tryhexifenidil (TFH)
      - a) Triheksipenidil (Artane): untuk semua bentuk parkinsonisme, dan untuk menghilangkan reaksi ekstrapiramidal akibat obat.  
Dosis yang digunakan: 1-15mg/hari
      - b) Difehidamin: dosis yang diberikan 10-400mg/hari

#### 4. Prinsip Benar Obat

Berikut ini 12 prinsip benar obat yang harus diketahui seorang tenaga kesehatan yaitu:

- 1) Benar pasien  
Selalu dipastikan memeriksa identitas pasien dengan memeriksa gelang dan meminta menyebutkan nama. Pasien berhak untuk mengetahui alasan obat
- 2) Benar obat  
Pasien dapat menerima obat yang diresepkan.
- 3) Benar dosis obat  
Dosis yang diberikan sesuai dengan kondisi pasien.
- 4) Benar waktu pemberian  
Pemberian obat harus sesuai dengan waktu yang ditetapkan.
- 5) Benar cara pemberian (rute)

Memperhatikan proses absorbsi obat dalam tubuh harus tepat dan memadai

Rute pemberian diantaranya:

- a) Oral (melalui mulut): cairan, suspensi, pil, tablet, atau kapsul
  - b) Sublingual (dibawah lidah untuk absorbsi vena)
  - c) Bukal (diantara gusi dan pipi)
  - d) Topika (dipakai pada kulit): salep atau krim
  - e) Inhalasi (semprot aerosol)
  - f) Instilasi (pada mata, hidung, telinga, rektum atau vagina)
- 6) Benar dokumentasikan
- Pemberian obat harus sesuai dengan standar prosedur yang berlaku di rumah sakit dan selalu mencatat informasi yang sesuai mengenai obat yang telah diberikan serta respon pasien terhadap pengobatan.
- 7) Benar pendidikan kesehatan perihal medikasi pasien
- Perawat mempunyai tanggung jawab dalam melakukan pendidikan kesehatan pada pasien, keluarga dan masyarakat luas terutama yang berkaitan dengan obat seperti manfaat obat secara umum, penggunaan obat yang baik dan benar, alasan terapi obat dan kesehatan yang menyeluruh, efek samping dan reaksi yang merugikan dari obat, interaksi obat dengan dan dengan makanan, perubahan-perubahan yang diperlukan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari selama sakit.
- 8) Hak pasien untuk menolak
- Pasien berhak untuk menolak dalam pemberian obat. Perawat harus memberikan *informed consent* dalam pemberian obat.
- 9) Benar pengkajian
- Perawat selalu memeriksa TTV (tanda-tanda vital) sebelum pemberian obat.
- 10) Benar evaluasi
- Perawat selalu melihat/ memantau efek kerja dari obat setelah pemberiannya.

11) Benar reaksi terhadap makanan

Obat memiliki efektivitas jika diberikan pada waktu yang tepat. Jika obat itu harus diminum sebelum makan untuk memperoleh kadar yang diperlukan harus diberi satu jam sebelum makan misal tetrasiklin, dan sebaiknya ada obat yang diberikan setelah makan misalnya indometasin.

12) Benar reaksi dengan obat lain

Pada penggunaan obat seperti Chioramhenicol diberikan dengan Omeprazol penggunaan pada penyakit kronis.

**5. Peran Perawat Dalam Pemberian Obat**

Adapun peran perawat dalam pemberian obat pasien dengan gangguan jiwa antara lain:

- a. Penggunaan data sebelum pengobatan yang meliputi:
  - 1) Diagnosa medis
  - 2) Riwayat penyakit
  - 3) Hasil pemeriksaan lab
  - 4) Jenis obat yang digunakan, dosis, waktu pemberian
  - 5) Program terapi yang lain
  - 6) Mengkombinasikan obat dengan terapi Modalitas
  - 7) Pendidikan kesehatan untuk pasien dan keluarga tentang pentingnya minum obat teratur
  - 8) Monitor efek samping
- b. Melaksanakan prinsip pengobatan psikofarmaka
- c. Evaluasi
 

Dikatakan reaksi obat efektif jika:

  - 1) Emosional stabil
  - 2) Kemampuan berhubungan interpersonal meningkat
  - 3) Halusinasi, agresi, delusi, menarik diri menurun
  - 4) Perilaku mudah diarahkan
  - 5) Proses berpikir ke arah logika

- 6) Efek samping obat
- 7) Tanda-tanda vita normal

## **6. Peran Serta Keluarga Dalam Kontrol Dan Pemberian Obat Gangguan Jiwa**

Keluarga merupakan kelompok primer yang paling penting di dalam masyarakat. Keluarga merupakan satu kesatuan sosial yang terdiri dari suami, istri, dan anak-anak yang belum dewasa. Keluarga menjadi unit pelayanan karena masalah kesehatan keluarga saling berkaitan dan saling mempengaruhi antara sesama anggota masyarakat secara keseluruhan.

Peran keluarga adalah tingkah laku spesifik yang diharapkan seseorang dalam konteks keluarga. Jadi peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Keluarga mempunyai kemampuan mengatasi masalah dan mencegah perilaku maladaptif atau pencegahan primer, menanggulangi perilaku maladaptif atau pencegahan sekunder dan memulihkan perilaku maladaptif atau pencegahan tersier. Sehingga derajat kesehatan pasien dan keluarga dapat ditingkatkan secara optimal.

Jadi peran keluarga dalam control dan pemberian obat pasien dengan gangguan jiwa adalah sangat penting. Karena akan sangat membantu serta mempercepat penyembuhan pasien dengan gangguan jiwa. Seperti yang dikatakan diatas keluarga mempunyai fungsi yaitu memberikan semangat dan dorongan pada anggota keluarganya.

Disamping itu peran keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan. Termasuk pasien dengan gangguan jiwa harus mendapatkan perhatian serta control yang lebih dalam pengobatannya, sehingga diharapkan mampu mempercepat proses penyembuhan.

## LAMPIRAN 6

# Kepatuhan Minum Obat



disusun oleh:

**Nia Rahmawati Arif**  
**2130118**

**Program Studi Profesi Ners**  
**STIKES Hang Tuah Surabaya**  
**2022**

## Kepatuhan Minum Obat

### APAKAH SEHAT JIWA ITU

- ✓ Sehat jiwa adalah kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual, dan emosional yang optimal dari seseorang dan selaras dengan orang lain.

### BAGAIMANA CIRI SEHAT JIWA?

- ✓ Emosi tenang, cukup bahagia, dapat bergaul, bebas dari rasa khawatir, rasa benci dan cemas.
- ✓ Dapat memelihara keseimbangan jiwa secara mantap (tabah, memiliki tanggung jawab, mampu mengambil keputusan).

### KALAU BEGITU APA ITU SAKIT JIWA?

**Sakit jiwa adalah terjadinya perubahan dalam pikiran, perasaan, dan perilaku umumnya berlebihan, berkurang, atau abnormal.**



### APA SAJA CIRI SAKIT JIWA?

1. Gangguan fungsi tubuh:
  - ✓ Susah tidur.
  - ✓ Tidak ada selera makan dan makannya hanya sedikit.
  - ✓ Buang air kecil lebih sering, mengompol, sulit buang air besar.
2. Gangguan fungsi mental:
  - ✓ Perilaku aneh yang membuat keluarga, orang lain bingung dan malu, membahayakan diri dan orang lain, aktif sekali, gelisah, mengancam tanpa tujuan, duduk atau baring berjam-jam atau malas bergerak.
  - ✓ Banyak bicara/diam, pembicaraan sulit dimengerti dan tidak berhubungan.
  - ✓ Menunjukkan sedih/gembira berlebihan
  - ✓ Mungkin mendengar suara atau melihat sesuatu yang tidak dapat dirasakan oleh orang lain.
3. Perubahan pribadi dan sosial:
  - ✓ Mengabaikan kebutuhan tubuh atau kebersihan diri

Mengapa penderita gangguan jiwa harus minum obat?



1. Penderita umumnya merasa tidak memiliki masalah atau sakit
2. Memperbaiki kondisi penderita

**MENGAPA PENDERITA GANGGUAN JIWA SERING TIDAK TERATUR MINUM OBAT?**



1. Tidak menyadari kalau sakit
2. Merasa bosan dengan pengobatan karena membutuhkan waktu yang lama.
3. Ada efek samping dari pengobatan
4. Tidak nyaman terhadap jumlah dan dosis obat.

5. Lupa minum obat.
6. Tidak mendapat dukungan dari keluarga.
7. Sikap negatif terhadap pengobatan (berhenti pengobatan medis karena melakukan pengobatan tradisional atau alternatif).

**APA AKIBAT JIKA TIDAK TERATUR ATAU TERHENTI MINUM OBAT?**



Ketidakteraturan minum obat dapat menimbulkan kekambuhan  
**Faktor apa saja penyebab kekambuhan?**

1. Tidak teratur atau terputusnya minum obat.
2. Kurangnya peran keluarga dalam motivasi pasien untuk sembuh
3. Keluarga dan lingkungan menolak penderita gangguan jiwa (dikucilkan)
4. Tidak melibatkan penderita dalam pergaulan
5. Kurang memberikan aktifitas, kurang memberi pujian terhadap kemampuan penderita
6. Kurang pengetahuan keluarga tentang pola perilaku penderita dan penanganannya, serta pengawasan minum obat.

**APA YANG HARUS DILAKUKAN JIKA PENDERITA MENOLAK MINUM OBAT?**



- ✓ Buat kesepakatan dengan penderita (buat jadwal minum obat)
- ✓ Jelaskan manfaat pengobatan bagi penderita serta akibat jika lupa/menolak minum obat
- ✓ Modifikasi pemberian obat seperti diminumkan bersama saat makan buah
- ✓ Berikan pujian langsung saat mempunyai keinginan minum obat
- ✓ Libatkan anggota keluarga dalam pengawasan minum obat



## Penatalaksanaan Kasus Skizoafektif Tipe Depresi pada Ny. SH Usia 44 Tahun dengan Pendekatan Kedokteran Keluarga

Nadya Marshalita<sup>1</sup>, Cahyaningsih Fibri Rokhmani<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mahasiswa, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

<sup>2</sup>Bagian Ilmu Kesehatan Jiwa, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

### Abstrak

Gangguan skizoafektif adalah gangguan mental kronis yang ditandai dengan gejala psikotik dan mood. Gangguan psikotik menjadi 10 besar penyakit terbanyak di Puskesmas Gedong Air pada periode Januari – Juni 2021 dengan prevalensi sebanyak 4,05%. Penanganan yang tepat secara holistik dengan menggunakan pendekatan kedokteran keluarga diperlukan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Studi ini merupakan studi deskriptif tentang laporan kasus. Data primer diperoleh melalui *autoanamnesis* dan *alloanamnesis*, pemeriksaan status mental dan kunjungan ke rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Pasien Ny. SH, usia 44 tahun datang dengan keluhan sulit tidur di malam hari sejak 2 bulan yang lalu disertai dengan sering berbicara sendiri, tidak ingin bersosialisasi, mudah lelah, mendengar suara, melihat bayangan, dan merasa tidak memiliki masa depan. Secara klinis pasien didiagnosis dengan skizoafektif tipe depresi (ICD-10 F25.1; ICPC-2: P98). Pasien mendapatkan tatalaksana medika mentosa berupa antidepresan, antipsikotik generasi kedua, antikolinergik, dan antipsikotik golongan fenitiazin. Pasien juga mendapatkan intervensi berupa ajakan untuk bersosialisasi, menulis diary, dan melukis, serta edukasi menggunakan media poster. Penulis melakukan evaluasi setelah 16 hari intervensi. Pasien menjadi lebih paham mengenai penyakitnya dan memiliki perubahan perilaku yang lebih baik sehingga berdampak pada keberhasilan terapi. Pasien dengan skizoafektif tipe depresi memerlukan penatalaksanaan secara holistik dengan pendekatan kedokteran keluarga untuk mendukung keberhasilan terapi dan memperbaiki kualitas hidup pasien.

**Kata Kunci:** pelayanan kedokteran keluarga, penatalaksanaan holistik, skizoafektif tipe depresi.

## Management of Schizoaffective Depressive Type in Mrs. SH 44 Years Old With Family Medicine Approach

### Abstract

Schizoaffective disorder is a chronic mental disorder characterized by psychotic and mood symptoms. Psychotic disorders became the top 10 most common diseases at the Gedong Air Community Health Center in the course of January - June 2021 with a prevalence of 4.05%. A proper and holistic treatment using family medicine approach is required to improve the patient's quality of life. This study is a descriptive study of case reports. Primary data were obtained through autoanamnesis and alloanamnesis, mental status examination, and home visits. Secondary data were garnered from the patient's medical record. Patient Mrs. SH, 44 years old, complained of sleeping difficulty during night since 2 months ago followed by frequent soliloquies, asociality, fatigue, auditory hallucination, visual hallucination, and sense of foreshortened future. Clinically, the patient was diagnosed with schizoaffective depressive type (ICD-10 F25.1; ICPC-2:P98). The patient received medical treatment in the form of antidepressants, second-generation antipsychotics, anticholinergics, and phenothiazine antipsychotics. Patients also received interventions in the form of invitations to socialize, write diaries, and paint, as well as education using poster media. The authors conducted an evaluation 16 days post-intervention. The patient became more aware of her disease and had better behavior changes that affected the success of therapy. Patients with schizoaffective depressive type require holistic management with family medicine approach to support the success of therapy and improve the patient's quality of life.

**Keywords:** family medicine services, holistic management, schizoaffective depressive type.

Korespondensi: Nadya Marshalita, alamat Jl. Onta Nomor 2D, Bandar Lampung, HP 087753927343, e-mail nmarsha21@gmail.com

### Pendahuluan

Gangguan skizoafektif merupakan gangguan mental kronis berupa gangguan psikotik dan gangguan mood.<sup>(1,2)</sup> Penyakit ini ditandai dengan adanya gejala episode gangguan mood mayor yang terjadi bersamaan dengan gejala skizofrenia seperti halusinasi, waham, dan kekacauan berbicara.<sup>(1)</sup> Sering terjadi misdiagnosis saat pasien datang dengan gejala gangguan

skizoafektif. Kesulitan diagnosis terjadi karena gejala pada skizoafektif sangat luas dan beberapa kriterianya mengarah ke diagnosis penyakit mental lainnya.<sup>(3)</sup>

Prevalensi skizoafektif di seluruh dunia sekitar 0,3% dengan usia awitan pada laki-laki lebih dulu dibandingkan pada perempuan. Sebanyak 30% kasus terjadi pada usia 25-35 tahun dan lebih sering terjadi pada perempuan. Estimasi jumlah pasien

skizoafektif sebanyak 10%-30% dari seluruh pasien dengan psikosis.<sup>(3,4)</sup> Prevalensi psikosis di Indonesia sebanyak 6,7 per 1000 rumah tangga. Artinya, dari 1000 rumah tangga terdapat 6,7 rumah tangga yang memiliki anggota rumah tangga pengidap psikosis. Prevalensi gangguan psikosis di Provinsi Lampung sebanyak 6%.<sup>(5)</sup> Sedangkan gangguan psikosis juga menjadi 10 besar penyakit terbanyak di Puskesmas Gedong Air pada periode Januari – Juni 2021 dan prevalensinya pada tahun 2020 sebanyak 4,05%.

Patofisiologi skizoafektif belum diketahui secara pasti, namun mungkin melibatkan ketidakseimbangan dari neurotransmitter yang ada di otak. Abnormalitas dari neurotransmitter serotonin, norepinephrine, dan dopamine dapat menyebabkan gangguan ini. Berkurangnya volume hippocampus, abnormalitas dari thalamus, dan abnormalitas dari substansia alba juga pernah ditemukan pada pasien dengan gangguan skizoafektif. Meskipun penyebab dari skizoafektif belum diketahui, namun diperkirakan serupa dengan penyebab skizofrenia. Faktor genetik belum pernah teridentifikasi pada pasien skizoafektif. Adanya paparan virus pada saat di dalam kandungan, malnutrisi, dan komplikasi persalinan juga dapat berpengaruh pada kejadian skizoafektif.<sup>(6)</sup>

Diagnosis skizoafektif dapat ditegakkan jika telah dipastikan bahwa tidak terdapat kondisi medis umum dan tidak ada riwayat penggunaan zat yang dapat mempengaruhi gejala dari skizoafektif tersebut.<sup>(2)</sup> Diagnosis skizoafektif hanya dibuat apabila gejala-gejala definitif adanya skizofrenia dan gangguan afektif sama-sama menonjol pada saat yang bersamaan, atau dalam beberapa hari yang satu sesudah yang lain, dalam satu episode penyakit yang sama, dan bilamana, sebagai konsekuensi dari ini, episode penyakit tidak memenuhi kriteria baik skizofrenia maupun episode manik atau depresif. Tidak dapat digunakan untuk pasien yang menampilkan gejala skizofrenia dan gangguan afektif tetapi dalam episode penyakit yang berbeda.<sup>(7)</sup> Berdasarkan PPDGJ III, gangguan skizoafektif dibagi menjadi skizoafektif tipe manik, skizoafektif tipe depresif, skizoafektif tipe campuran, dan skizoafektif lainnya serta

skizoafektif yang tidak tergolongkan (unspecified).<sup>(7)</sup>

Manifestasi klinis dari skizoafektif tipe depresif yaitu dari anamnesis didapatkan adanya perasaan sedih dan hilang minat, berlangsung paling sedikit dua minggu. Gejala tersebut muncul bersamaan dengan pembicaraan kacau, waham, halusinasi, perilaku kacau, atau gejala negatif. Pada pemeriksaan status mental didapatkan tanda-tanda gangguan mood depresi, misalnya mood hipotim dan isolasi sosial. Berdasarkan kriteria diagnosis DSM V didapatkan selama periode penyakit (yang tidak terputus), pada suatu saat, terdapat episode depresi mayor bersamaan dengan gejala-gejala yang memenuhi kriteria A skizofrenia. Selama periode penyakit, terdapat waham atau halusinasi paling sedikit dua minggu tanpa adanya simptom mood yang menonjol. Dari total durasi periode aktif dan residual penyakit, gejala yang memenuhi kriteria episode mood mempunyai porsi durasi yang cukup lama. Gangguan bukan akibat langsung pengaruh fisiologis zat (penyalahgunaan zat atau obat-obatan), maupun kondisi medis umum.<sup>(8)</sup>

Tatalaksana skizoafektif tipe depresi pada fase akut dapat berupa psikofarmaka, seperti olanzapine, aripirazol, haloperidol, dan diazepam injeksi, serta obat-obatan per oral seperti litium 2x400 mg/hari, SSRI seperti fluoksetin 1x 10-20 mg/hari, olanzapine 1x 10-30 mg/hari, dan haloperidol 5-20 mg/hari. Terapi fase akut lainnya yaitu psikoterapi individual dan edukasi pada keluarga. Sedangkan terapi pada fase lanjutan dapat diberikan monoterapi seperti litium karbonat 900-1.200 mg/hari, olanzapine 1x10 mg/hari, quetapin 300-600 mg/hari, risperidone 1-4 mg/hari, dan aripirazol 10-20 mg/hari. Dapat juga diberikan terapi kombinasi obat-obatan tersebut, atau dapat diberikan klozapin 300-750 mg/hari pada pasien yang mengalami refrakter. Terapi non farmakologis pada fase lanjutan dapat dilakukan dengan psikoedukasi.<sup>(8,9)</sup>

Prognosis skizoafektif lebih baik daripada skizofrenia, namun lebih buruk jika dibandingkan dengan gangguan mood, karena perjalanan penyakit skizoafektif cenderung tidak mengalami deteriorasi dan respon terhadap pengobatan litium lebih baik

dibandingkan dengan respon pada skizofrenia.<sup>(9)</sup>

### Kasus

Pasien Ny. SH, seorang perempuan berusia 44 tahun datang ke Puskesmas Rawat Inap Gedong Air pada tanggal 25 Agustus 2021 diantar oleh kakaknya, ingin meminta rujukan ke Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung dengan keluhan sulit tidur di malam hari sejak 2 bulan yang lalu. Pasien merupakan pasien Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung sejak 18 tahun yang lalu, namun pasien tidak rutin meminum obat. Awalnya pasien tidak mau dibawa ke Rumah Sakit Jiwa karena merasa dirinya tidak sakit. Namun menurut keluarga, pasien sering berbicara sendiri, tertawa sendiri, sering mondar-mandir serta sering murung. Pasien hanya berdiam diri di kamar dan tidak ingin bersosialisasi dengan orang lain karena pasien merasa malu atas masa lalu pasien yang suka jalan-jalan sendiri di sekitar rumah. Menurut pasien, dirinya merasa mudah lelah padahal hanya mengerjakan sedikit pekerjaan rumah. Pasien juga sering menunduk dan tidak ingin menatap mata orang lain saat berbicara. Pasien mengaku mendengar banyak orang berkomentar secara terus-menerus terhadap perilaku pasien dan pasien merasa orang-orang dapat membaca pikiran dan rahasia pasien. Pasien juga melihat gambar orang di tembok yang sedang mengejek pasien. Pasien merasa tidak memiliki masa depan sehingga dia tidak mau lagi bekerja.

Pasien merasakan dirinya menjadi aneh sejak suami pasien meninggal pada 19 tahun yang lalu karena sakit diabetes mellitus yang diderita suami pasien. Pasien sangat menyayangi suaminya sehingga pasien sering ke makam suaminya di Pringsewu dengan berjalan kaki dan naik angkutan umum serta tidak pulang selama 4 hari. Kejadian tersebut berulang hingga pasien dirawat di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung.

Pasien cenderung pendiam dan tidak suka bercerita mengenai masalah hidup pasien kepada keluarganya, terutama kepada ayah pasien. Sejak kecil pasien selalu dimarahi dan dipukul oleh ayah pasien padahal sedang tidak melakukan kesalahan apapun. Ayah pasien juga mudah marah kepada kakak dan adik pasien. Saat ayah pasien meninggal pada 4 tahun yang lalu, pasien lebih lega dan mulai

bisa bercerita mengenai masalah hidup pasien kepada ibu pasien.

Keluhan serupa juga dialami oleh kakak kandung pasien yaitu sering mondar-mandir, berbicara sendiri, mendengar bisikan, melihat bayangan, dan marah-marah. Namun kakak pasien masih dapat bekerja, bahkan sangat semangat bekerja. Keluhan tersebut dialami kakak pasien sejak 30 tahun yang lalu, namun tidak pernah berobat ke Rumah Sakit Jiwa karena merasa tidak sakit.

Pasien merasa bahwa keluhan yang dialami pasien karena sihir atau guna-guna dari orang lain yang tidak suka dengan pasien karena saat itu karir pasien sedang bagus dan pasien memiliki banyak uang. Pasien sempat datang ke dukun untuk menghilangkan sihir tersebut dan pasien juga pernah melakukan ruqyah, namun keluhan tetap saja tidak membaik. Riwayat penyakit medis lain dan penggunaan zat terlarang tidak ada.

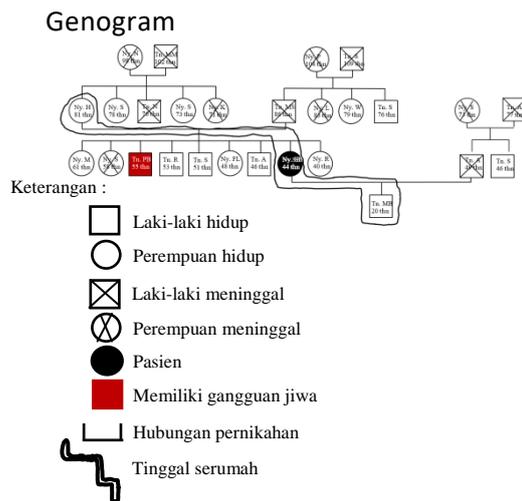
Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, tekanan darah 131/70 mmHg, frekuensi nadi 72x/menit, frekuensi nafas 18x/menit, suhu 36,5 °C, berat badan 74,1 kg, tinggi badan 165 cm, dan Indeks Masa Tubuh 27,2 kg/m<sup>2</sup>, status gizi pre-obesitas. Bentuk kepala bulat, rambut pendek, hitam, tidak mudah dicabut, dan tumbuh merata. Mata, telinga, hidung, dan leher kesan dalam batas normal. Pada pemeriksaan paru, gerak dada dan fremitus taktil simetris, tidak didapatkan rhonki dan wheezing, kesan dalam batas normal. Pada pemeriksaan jantung, tidak terdapat pelebaran, auskultasi dalam batas normal, kesan dalam batas normal. Abdomen cembung, tidak didapatkan nyeri tekan, tidak didapatkan organomegali maupun asites, kesan dalam batas normal. Ekstremitas tidak didapatkan edema, akral hangat, kesan dalam batas normal.

### Status Mental

#### A. Deskripsi Umum

1. Kesadaran: compos mentis
2. Penampilan: pasien perempuan, usia setengah baya, perawakan gemuk, tinggi, rambut hitam pendek ikal, kuku pendek, kulit sawo matang, penampilan sesuai usia, pakaian rapi, memakai daster.

3. Perilaku dan aktivitas psikomotor: pasien tampak duduk tenang, sesekali menggerakkan tangan untuk menjelaskan sesuatu, kontak mata tidak adekuat, pasien lebih sering berbicara sambil menunduk, tidak ada gerakan involunter lain.
  4. Sikap terhadap pemeriksa: kooperatif.
  - B. Pembicaraan  
Spontan, relevan, artikulasi baik, intonasi sedang, volume kecil, kualitas cukup, kuantitas kurang.
  - C. Mood dan Afek
    1. Mood: Hipotim
    2. Afek: Tumpul
    3. Keserasian: Tidak serasi
  - D. Persepsi
    1. Halusinasi: Terdapat halusinasi auditorik berupa commenting dan halusinasi visual berupa orang yang mengejek
    2. Ilusi: Tidak ada
    3. Depersonalisasi: Tidak ada
    4. Derealisasi: Tidak ada
  - E. Pikiran
    1. Bentuk pikir: Non realistik
    2. Arus pikir: Lancar
    3. Proses pikir: Koheren, sesekali tangensial
    4. Isi pikir: Tidak ada waham, preokupasi, obsesi, maupun fobia.
  - F. Sensorium dan Kognisi
    1. Kesadaran: Compos mentis
    2. Orientasi: Situasi baik, waktu baik, tempat baik, dan orang baik.
    3. Daya ingat: Daya ingat segera, jangka pendek, jangka sedang, dan jangka panjang baik.
    4. Kemampuan membaca dan menulis: Baik
    5. Konsentrasi dan perhatian: Baik
    6. Kemampuan visuospasial: Baik
    7. Kalkulasi: Baik
    8. Abstraksi: Baik
    9. Intelegensi dan kemampuan informasi: Baik
  - G. Pengendalian Impuls  
Pasien dapat mengendalikan emosi selama wawancara dan pasien berusaha mengendalikan impuls untuk tetap kooperatif saat wawancara.
  - H. Daya Nilai
    1. Daya nilai sosial: Baik
    2. Uji daya nilai: Baik
    3. RTA: Terganggu
  - I. Kemampuan menolong diri sendiri: Baik
  - J. Tilikan: Tilikan derajat I (pasien menyangkal penuh terhadap penyakitnya)
  - K. Taraf dapat dipercaya: Dapat dipercaya
- Data Keluarga
- Pasien merupakan seorang janda karena suami pasien meninggal dunia pada 19 tahun yang lalu. Pasien saat ini tinggal Bersama ibu Ny. H (81 tahun) dan anak Tn. MB (20 tahun). Bentuk keluarga pasien adalah *extended family*. Komunikasi dalam keluarga berjalan lancar antar anggota keluarga. Pasien lebih sering berkomunikasi dengan ibunya karena anaknya bekerja dan jarang berada di rumah. Anak pasien bekerja sebagai karyawan swasta. Keluarga pasien hampir setiap hari kumpul bersama ketika makan malam. Namun pasien lebih banyak menghabiskan waktu sendiri di kamar menonton televisi, merokok, minum kopi, dan enggan bersosialisasi dengan tetangga. Pemecahan masalah di keluarga pasien melalui diskusi antara pasien, ibu, dan anak. Keputusan keluarga biasanya ditentukan oleh ibu.
- Untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari keluarga ini hanya bergantung pada penghasilan anak pasien yang bekerja sebagai karyawan swasta. Pendapatan perbulan keluarga sebesar ± Rp.2.000.000,- hingga Rp. 3.000.000,- per bulan yang digunakan untuk menghidupi 3 orang dalam keluarga ini.
- Perilaku berobat keluarga yaitu keluarga berobat ke Puskesmas Gedong Air bila terdapat keluhan karena lokasi rumah mereka yang sangat dekat dengan puskesmas. Pola pengobatan pada pasien dan keluarga yaitu hanya jika memiliki keluhan. Pasien sudah memiliki jaminan kesehatan yang terdaftar di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) dan digunakan untuk meminta rujukan ke Rumah Sakit Jiwa.



**Gambar 1. Genogram keluarga Ny. SH usia 44 Tahun**

Genogram keluarga Ny. SH usia 44 tahun  
 Tanggal pembuatan: 5 September 2021  
 Oleh: Nadya Marshalita

*Family APGAR Score*

- Adaptation* : 2
- Partnership* : 1
- Growth* : 1
- Affection* : 1
- Resolve* : 2

Total *Family APGAR Score* : 7 (Fungsi keluarga baik)

Diagnostik Holistik Awal

Aspek 1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: Sulit tidur di malam hari sejak 2 bulan yang lalu disertai dengan sering berbicara sendiri, tertawa sendiri, mondar-mandir, sering murung, menyendiri, tidak ingin bersosialisasi, mudah lelah, mendengar suara, melihat bayangan di tembok, merasa tidak memiliki masa depan dan merasa orang lain dapat membaca pikiran serta rahasia pasien.
- Kekhawatiran: Sulit tidur dan badan terasa tidak enak jika meminum obat dari Rumah Sakit Jiwa.
- Harapan: Tidak perlu lagi meminum obat sehingga bisa tidur nyenyak di malam hari.
- Persepsi: Keluhan muncul karena sihir atau guna-guna dari orang lain yang tidak suka dengan pasien.

Aspek 2. Diagnosis Klinis Awal

- Skizoafektif tipe depresi (ICD 10: F25.1, ICPC-2: P98)

Aspek 3. Risiko internal

- Pasien memiliki sifat *introvert*, pendiam, dan jarang mendiskusikan masalah yang sedang dihadapinya.
- Pengetahuan pasien kurang mengenai penyakit yang dialami, penyebab, gejala, dan pengobatan.
- Kakak kandung pasien memiliki keluhan serupa.
- Pasien tidak merasa dirinya sakit sehingga jarang meminum obat.

Aspek 4. Risiko Eksternal

- Sosial: Orang-orang di sekitar pasien menganggap pasien gila.
- Keluarga: Stresor terbesar pasien yaitu kematian suami pasien. Stresor lain dalam keluarga yaitu ayah pasien sering memarahi dan memukul pasien sejak kecil hingga dewasa. Keluarga pasien juga tidak memahami kondisi pasien dan tidak membawa pasien berobat jika pasien sedang tidak ingin berobat. Pengetahuan keluarga mengenai penyakit pasien, gejala, dan pengobatan masih kurang.
- Pola pengobatan bersifat kuratif.

Aspek 5. Derajat Fungsional

- (2) Dua, yaitu pasien mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam rumah dan di luar rumah.

Rencana Intervensi

Intervensi yang akan diberikan pada pasien ini adalah edukasi dan konseling kepada pasien dan keluarga mengenai hal-hal yang harus dimodifikasi dan harus diketahui untuk mencegah kemungkinan terjadinya komplikasi dan keluhan berulang. Intervensi yang akan dilakukan terbagi atas *patient centered*, *family focused* dan *community oriented*.

*Patient Centered*

1. Farmakologi

- Mengobati penyakit dengan memberikan antipsikotik berupa risperidone 2 mg 2x1, fluoxetine 20 mg 1x1, trihexyphenidyl 2 mg 2x1, dan chlorpromazine 100 mg ¼ x1.

## 2. Non farmakologi

Memberikan edukasi mengenai:

- Skizofrenia meliputi definisi, penyebab, gejala, pengobatan, dukungan keluarga, menghilangkan stigma buruk dan meminum obat secara teratur, serta upaya untuk menghilangkan rasa *stress*.
- Melakukan *Cognitive Behavior Therapy* sederhana dengan cara mengobrol dengan pasien mengenai apa yang pasien rasakan, apa saja harapan pasien, dan membantu pasien memahami gejala-gejala yang dialami.
- Mengajarkan pasien untuk menulis *diary* supaya pasien dapat berbagi pikiran dan perasaan pasien.
- Mengajarkan pasien untuk mulai bersosialisasi dengan keluarga dan tetangga sekitar.

### *Family Focused*

Memberikan informasi dan edukasi dengan media poster mengenai:

- Skizofrenia meliputi definisi, penyebab, gejala, pengobatan, dukungan keluarga, menghilangkan stigma buruk dan mengenai pengawas minum obat supaya pasien meminum obat secara teratur.

### *Community Oriented*

Memberikan edukasi dan informasi mengenai:

- Menghilangkan stigma buruk dan menerima pasien serta memperlakukan pasien sebagai orang normal ketika pasien ingin bersosialisasi dengan orang di sekitar.
- Mendukung pasien untuk sembuh dan tidak mengucilkan pasien.

## Diagnostik Holistik Akhir

### 1. Aspek Personal

- a. Alasan kedatangan: Sulit tidur di malam hari sejak 2 bulan yang lalu disertai dengan sering berbicara sendiri, tertawa sendiri, mondar-mandir, sering murung, menyendiri dan tidak ingin bersosialisasi, mudah lelah, mendengar suara, melihat bayangan di tembok, merasa tidak memiliki masa depan, dan merasa orang lain dapat membaca

pikiran serta rahasia pasien.

- b. Kekhawatiran: Sulit tidur dan badan terasa tidak enak jika meminum obat dari Rumah Sakit Jiwa.
- c. Harapan: Harapan pasien yaitu tidak perlu lagi meminum obat sehingga bisa tidur nyenyak di malam hari.
- d. Upaya: Pasien sudah mau minum obat, mulai melakukan pekerjaan rumah, mengurangi minum kopi, dan mulai bersosialisasi dengan orang lain.

### 2. Aspek Klinis

- Skizoafektif tipe depresi (ICD 10: F25.1, ICPC-2: P98)

### 3. Aspek Risiko Internal

- Pasien mulai mau bercerita mengenai masalah dan pikiran pasien dengan ibu pasien. Pasien mulai mau bersosialisasi dengan keluarga lainnya dan tetangga atau orang sekitar.
- Pasien mulai memiliki pengetahuan yang baik mengenai penyakit yang dialami, penyebab, gejala, dan pengobatan.
- Pasien mau meminum obat sehingga pasien merasa lebih baik dan mulai bisa tidur di malam hari. Keluhan mendengar bisikan dan melihat bayangan sudah tidak ada.
- Pasien mulai menyadari dirinya sakit dan mengetahui penyebab sakit yang dialami adalah stressor keluarga yaitu kematian suami pasien (Tilikan derajat V).

### 4. Aspek Risiko Eksternal

- Sosial: Orang-orang di sekitar pasien mulai dapat menerima pasien dan menanggapi pasien ketika pasien menyapa.
- Keluarga: Keluarga pasien mulai mengingatkan pasien untuk meminum obat dan mendukung kegiatan pasien serta mendengarkan keluhan kesah pasien. Keluarga juga membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien seperti makan dan mencuci baju.

### 5. Derajat Fungsional

- Dua, yaitu pasien mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam rumah dan di luar rumah.

## Pembahasan

Studi kasus dilakukan pada pasien Ny. SH, usia 44 tahun datang pada tanggal 25 Agustus 2021 ke Puskesmas Rawat Inap Gedung Air dengan keluhan sulit tidur di malam hari sejak 2 bulan yang lalu. Pasien kemudian dirujuk ke Rumah Sakit Jiwa dengan diagnosis awal sebagai depresi. Awalnya pasien tidak mau dibawa ke Rumah Sakit Jiwa karena merasa dirinya tidak sakit. Namun menurut keluarga, pasien sering berbicara sendiri, tertawa sendiri, sering mondar-mandir serta sering murung. Pasien hanya berdiam diri di kamar dan tidak ingin bersosialisasi dengan orang lain karena pasien merasa malu atas masa lalu pasien yang suka jalan-jalan sendiri di sekitar rumah. Menurut pasien, dirinya merasa mudah lelah padahal hanya mengerjakan sedikit pekerjaan rumah. Pasien juga sering menunduk dan tidak ingin menatap mata orang lain saat berbicara. Pasien mengaku mendengar banyak orang berkomentar secara terus-menerus terhadap perilaku pasien dan pasien merasa orang-orang dapat membaca pikiran dan rahasia pasien. Pasien juga melihat gambar orang di tembok yang sedang mengejek pasien. Pasien merasa tidak memiliki masa depan sehingga dia tidak mau lagi bekerja.

Pasien telah merasakan keluhan tersebut selama kurang lebih 18 tahun sejak suaminya meninggal karena diabetes mellitus. Pasien merasa dirinya diguna-guna oleh orang yang tidak suka dengan dia. Pasien merasa tidak sakit sehingga pasien tidak mau meminum obat. Pasien juga tidak rutin melakukan kontrol rawat jalan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung, sehingga pasien sering kambuh dan masuk rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung. Keluarga pasien juga belum memiliki pengetahuan yang baik mengenai penyakit yang dialami pasien. Oleh karenanya perlu dilakukan pembinaan terhadap keluarga agar anggota keluarga dapat ikut serta dalam upaya penyembuhan pasien.

Skizoafektif merupakan gangguan mental kronis berupa gangguan psikotik dan gangguan mood. Penyakit ini ditandai dengan adanya gejala episode gangguan mood mayor yang terjadi bersamaan dengan gejala skizofrenia seperti halusinasi, waham, dan kekacauan berbicara. Sering terjadi

misdiagnosis saat pasien datang dengan gejala gangguan skizoafektif. Kesulitan diagnosis terjadi karena gejala pada skizoafektif sangat luas dan beberapa kriterianya mengarah ke diagnosis penyakit mental lainnya.<sup>(1-3,10)</sup>

Diagnosis skizoafektif dapat ditegakkan jika telah dipastikan bahwa tidak terdapat kondisi medis umum dan tidak ada riwayat penggunaan zat yang dapat mempengaruhi gejala dari skizoafektif tersebut. Diagnosis skizoafektif hanya dibuat apabila gejala-gejala definitif adanya skizofrenia dan gangguan afektif sama-sama menonjol pada saat yang bersamaan, atau dalam beberapa hari yang satu sesudah yang lain, dalam satu episode penyakit yang sama, dan bilamana, sebagai konsekuensi dari ini, episode penyakit tidak memenuhi kriteria baik skizofrenia maupun episode manik atau depresif. Tidak dapat digunakan untuk pasien yang menampilkan gejala skizofrenia dan gangguan afektif tetapi dalam episode penyakit yang berbeda. Berdasarkan PPDGJ III, gangguan skizoafektif dibagi menjadi skizoafektif tipe manik, skizoafektif tipe depresif, skizoafektif tipe campuran, dan skizoafektif lainnya serta skizoafektif yang tidak tergolongkan (unspecified).<sup>(1-3,11,12)</sup>

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, tekanan darah 131/70 mmHg, frekuensi nadi 72x/menit, frekuensi nafas 18x/menit, suhu 36,5 °C, berat badan 74,1 kg, tinggi badan 165 cm, dan Indeks Masa Tubuh 27,2 kg/m<sup>2</sup>, status gizi pre-obesitas.

Pada pemeriksaan status mental didapatkan kesadaran compos mentis, penampilan sesuai usia, perawakan gemuk, tinggi, rambut hitam pendek ikal, kuku pendek, kulit sawo matang, perilaku dan aktivitas psikomotor pasien tampak duduk tenang, kontak mata adekuat, pasien lebih sering berbicara sambil menunduk, tidak ada gerakan involunter lain, dan sikap terhadap pemeriksa kooperatif selama wawancara. Pembicaraan pasien spontan, relevan, artikulasi baik, intonasi sedang, volume kecil, kualitas cukup, kuantitas kurang. Mood pasien hipotim, afek tumpul, mood dan afek tidak serasi. Pada persepsi pasien didapatkan halusinasi auditorik berupa commenting dan halusinasi visual berupa orang yang mengejek,

tidak ditemukan baik ilusi, depersonalisasi, maupun derealisasi. Bentuk pikir pasien non realistic, arus pikir lancar, proses pikir koheren, sesekali tangensial, isi pikir tidak didapatkan waham, preokupasi, obsesi, maupun fobia. Orientasi situasi, waktu, tempat, dan orang baik. Daya ingat segera, jangka pendek, jangka sedang, dan jangka panjang baik. Kemampuan membaca dan menulis baik. Konsentrasi dan perhatian baik, kemampuan visuospasial baik, kemampuan kalkulasi baik, abstraksi baik, intelegensi dan kemampuan informasi baik sesuai tingkat pendidikan pasien. Pengendalian impuls pasien baik, pasien dapat mengendalikan emosi selama wawancara. Daya nilai sosial baik, uji daya nilai baik, RTA terganggu. Kemampuan menolong diri sendiri baik. Tilikan derajat 1, yaitu pasien menyangkal penuh terhadap penyakitnya. Taraf dapat dipercaya, pasien dapat dipercaya. Pada pemeriksaan mental pasien sesuai dengan kriteria diagnosis skizoafektif yaitu ditemukan gejala psikotik berupa halusinasi auditorik dan visual serta ditemukan gangguan mood mayor berupa afek depresif yang menonjol ditunjukkan dengan sikap pasien yang berbicara sambil menunduk. Pasien juga merasa kehilangan minat dan kegembiraan yang ditunjukkan dengan pasien tidak lagi mau bekerja dan bersosialisasi serta hanya ingin berdiam diri di kamar. Pasien juga menunjukkan gejala berkurangnya energi yang menuju ke keadaan meningkatnya rasa lelah yang ditunjukkan dengan pasien mudah lelah padahal hanya sedikit menyapu rumah. Gejala lainnya yaitu pandangan masa depan yang suram dan pesimistik yang ditunjukkan dengan pasien merasa tidak memiliki masa depan karena sudah lama tidak bekerja. Pasien juga merasa harga diri dan kepercayaan diri berkurang yang ditunjukkan dengan pasien tidak ingin bertemu dengan tetangga sekitar karena malu jika mengingat kejadian ketika dirinya kambuh dan berjalan-jalan di luar rumah. Semua gejala tersebut dirasakan bersamaan dalam satu periode penyakit yang sama. Tidak ada riwayat gangguan organik maupun penyalahgunaan zat.

Penatalaksanaan pasien ini dilakukan dengan pendekatan kedokteran keluarga melalui pembinaan dan intervensi. Kegiatan

ini dilakukan sebanyak tujuh kali yang meliputi pertemuan pertama secara langsung di puskesmas. Pertemuan kedua dilakukan di rumah pasien dengan kegiatan sambung rasa dan *informed consent* meminta kesediaan pasien dan keluarganya untuk dijadikan keluarga binaan. Pertemuan ketiga dilakukan di rumah pasien dengan kegiatan memberikan *diary* dan memberikan stiker pengingat minum obat. Pertemuan keempat dilakukan di rumah pasien dengan kegiatan *family conference* yang melibatkan pasien, anak kandung, dan ibu kandung pasien secara bersamaan, dilakukan edukasi menggunakan poster kalender mengenai penyakit yang diderita pasien dan juga dilakukan *pretest* dan *posttest* sebelum dan sesudah edukasi. Pertemuan kelima dilakukan di rumah pasien dengan kegiatan melukis yaitu dengan tujuan menyalurkan emosi ke dalam lukisan. Pertemuan keenam dilakukan di rumah kakak pasien dengan mengumpulkan kakak, adik, keponakan, dan ibu pasien untuk dilakukan edukasi mengenai penyakit pasien serta keluarga diminta untuk mendukung dalam proses penyembuhan pasien. Pertemuan ketujuh dilakukan di rumah pasien dan pasien diajak untuk berjalan-jalan di luar rumah dan memulai interaksi dengan tetangga dan orang sekitar. Pada saat pertemuan ketujuh, pasien mulai mau menyapa tetangga dan mengobrol dengan tetangga sekitar. Pasien tidak lagi merasa malu untuk keluar rumah. Pertemuan ketujuh merupakan pertemuan terakhir sehingga dilakukan pemeriksaan mental kembali dan pada akhir pertemuan, berpamitan dengan pasien. Seluruh kegiatan dilakukan dengan tetap menerapkan protokol kesehatan.<sup>(13-15)</sup>

Terapi yang diberikan dari Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung yaitu fluoxetine 20 mg 1x1, risperidone 2 mg 2x1, trihexyphenidyl 2mg 2x1, dan chlorpromazine 100 mg ¼ x 1. Diagnosis pasien yaitu skizoafektif tipe depresi sehingga diberikan antidepresan golongan SSRI yaitu fluoxetine untuk menghilangkan gejala gangguan mood. Obat terakhir yang diminum pasien sebagai antipsikotik yaitu haloperidol yang merupakan antipsikotik generasi pertama, memiliki efek samping ekstrapiramidal yang lebih kuat sehingga obat antipsikotik yang diberikan sekarang yaitu antipsikotik generasi kedua berupa

risperidone yang memiliki efek samping ekstrapiramidal lebih sedikit. Pasien juga diberikan trihexyphenidyl sebagai antikolinergik untuk mengurangi efek samping ekstrapiramidal karena pasien mengalami tremor pada kedua tangan. Pasien juga diberikan chlorpromazine sebagai antipsikotik fenotiazine yang memiliki efek sedative sehingga bisa digunakan untuk mengurangi keluhan utama pasien yaitu sulit tidur.<sup>(4,16,17)</sup> Pada aspek *human biology*, juga tidak didapatkan masalah.

Pada aspek psikososial, didapatkan masalah berupa kurangnya pengetahuan anggota keluarga yang lain terhadap keluhan pasien. Keluarga menganggap penyakit pasien ini timbul karena guna-guna atau sihir. Keluarga juga tidak mengingatkan pasien jika pasien tidak meminum obatnya, serta keluarga juga jarang mengantarkan pasien berobat ke Rumah Sakit Jiwa. Pasien juga tidak dekat dengan anaknya. Pasien sering dimarahi dan dipukul oleh ayahnya sejak kecil hingga dewasa, dan stressor terbesar pasien yaitu kematian suaminya sejak 18 tahun yang lalu. Masalah tersebut mendasari intervensi yang akan dilakukan yang mencakup pengetahuan kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit pasien, gejala, penyebab, dan pentingnya dukungan keluarga terhadap proses penyembuhan pasien.

Dari aspek ekonomi, pasien berasal dari keluarga dengan taraf ekonomi menengah kebawah. Di dalam satu rumah tersebut hanya anak pasien yang bekerja dengan pendapatan Rp. 3.000.000,- per bulannya. Pada fungsi perilaku kesehatan keluarga, pasien dan keluarga masih mengutamakan pengobatan secara kuratif dibandingkan preventif serta pengetahuan yang dimiliki mengenai penyakit yang diderita masih kurang.

Evaluasi dilakukan enam belas hari setelah dilakukan intervensi pertama. Kegiatan evaluasi bertujuan untuk menilai apakah target yang diharapkan dari kegiatan intervensi tercapai. Dilakukan pemeriksaan mental ulang pada pasien dan didapatkan perilaku dan aktivitas psikomotor pasien mulai membaik yang ditunjukkan dengan kontak mata mulai adekuat dan tidak lagi berbicara sambil menunduk. Pembicaraan pasien juga dirasakan terdapat perbaikan berupa kuantitas pembicaraan pasien cukup yang

ditunjukkan dengan pasien mulai bercerita tentang dirinya dan pasien mau memulai topik pembicaraan dengan pemeriksa. Mood pasien mulai eutim, dengan afek masih terbatas, keserasian mood dan afek serasi. Pada persepsi pasien tidak ditemukan halusinasi, ilusi, depersonalisasi, maupun derealisasi. Tilikan pasien mulai membaik yaitu tilikan derajat 5, pasien menyadari bahwa pasien sakit dan memahami bahwa sakit yang dialaminya disebabkan oleh kematian suami pasien, sehingga pasien sudah mau minum obat untuk mengurangi keluhan sulit tidur yang dialami pasien. Keluarga pasien juga membantu pasien dalam kegiatan sehari-hari dan mengingatkan pasien untuk meminum obat, serta pasien sudah mau bersosialisasi dengan tetangga dan tetangga pasien tidak lagi mengucilkan pasien. Pasien tetap dianjurkan untuk kontrol rutin ke Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung setiap bulannya untuk evaluasi pengobatan oleh psikiater. Secara keseluruhan, tujuan intervensi dari berbagai aspek ini dinilai sudah cukup baik dari segi pengetahuan dan perubahan perilaku.

### Simpulan

1. Penegakan diagnosis pada pasien berdasarkan temuan gejala psikotik berupa halusinasi auditorik dan visual disertai gangguan mood mayor berupa afek depresif, kehilangan minat dan kegembiraan, berkurangnya energi yang menuju ke keadaan meningkatnya rasa lelah, pandangan masa depan yang suram dan pesimistik, serta harga diri dan kepercayaan diri berkurang. Tidak ditemukan riwayat gangguan organik maupun riwayat penyalahgunaan zat.
2. Terdapat beberapa faktor internal maupun eksternal pemicu terjadinya gangguan mental skizoafektif pada pasien, yaitu sifat introvert, pendiam, dan jarang mendiskusikan masalah, pengetahuan yang kurang mengenai penyakit, adanya pengaruh genetik yaitu kakak pasien juga menderita gangguan mental, dan pasien merasa dirinya tidak sakit. Faktor eksternal pada pasien antara lain orang-orang di sekitar pasien menganggap pasien gila. Suami pasien meninggal, ayah pasien sering memarahi dan memukul pasien, keluarga tidak memahami kondisi

pasien, tidak mengantar pasien berobat, dan tidak mengingatkan pasien untuk meminum obat.

3. Tatalaksana yang diberikan pada pasien mencakup medikamentosa berupa antidepresan, antipsikotik generasi kedua, antikolinergik, dan antipsikotik golongan fenitiazin, serta non-medikamentosa yang mencakup *patient-centered*, *family focused*, dan *community oriented*.
4. Evaluasi pada pasien didapatkan hasil berupa keluhan berkurang, peningkatan pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakit pasien, cara pengobatan pasien, dan perubahan perilaku dalam mendukung proses penyembuhan pasien.
5. Penatalaksanaan pasien skizoafektif secara holistik dengan pendekatan kedokteran keluarga pada kasus ini berhasil membantu proses penyembuhan penyakit pasien dan menghilangkan stigma buruk di komunitas.

#### Daftar Pustaka

1. Miller JN, Black DW. Schizoaffective disorder: A review. *Ann Clin Psychiatry* [Internet]. 2019;31(1):47–53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30699217/>
2. Saddock K. Buku Ajar Psikiatri Klinis. *NASPA J*. 2010;42(4):1.
3. Wy TJP, Saadabadi A. Schizoaffective Disorder [Internet]. *StatPearls*. Bethesda: NCBI; 2021. 1–22 p. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541012/>
4. Illness NA on M. Schizoaffective Disorder [Internet]. 2021. Available from: <https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Mental-Health-Conditions/Schizoaffective-Disorder>
5. Jayani DH. Persebaran Prevalensi Skizofrenia / Psikosis di Indonesia. 2019;2019.
6. Brannon GE. Schizoaffective Disorder [Internet]. *Medscape*. 2016. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/294763-overview#a4>
7. Maslim R. DIAGNOSIS GANGGUAN JIWA RUJUKAN RINGKAS dari PPDGJ - III. DIAGNOSIS GANGGUAN JIWA RUJUKAN RINGKAS dari PPDGJ - III dan DSM - 5. 2013. 267 p.
8. Amir N. Skizoafektif. In: Buku Ajar Psikiatri. 3rd ed. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2017. p. 223–7.
9. Kementrian Kesehatan R. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa. Indonesia; HK.02.02/MENKES/73/2015, 2015. p. 31–6.
10. Padhy SK, Hegde A, Sciences N. [Schizoaffective Disorder: Evolution and Current Status of the Concept]. 2015;(December).
11. Dennison CA, Legge SE, Hubbard L, Lynham AJ, Zammit S, Holmans P, et al. Risk Factors, Clinical Features, and Polygenic Risk Scores in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder Depressive-Type. *Schizophr Bull*. 2021;47(5):1375–84.
12. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. *ICD-10 Classif Ment Behav Disord Diagnostic criteria Res*. 1993;xiii+248p.
13. Setiawati T, Khairina K, Aini S. Family Role on Schizoaffective Type Patients Treatment. *J Psikiatri Surabaya*. 2021;10(2):79.
14. Vasfi MG, Moradi-Lakeh M, Esmaeili N, Soleimani N, Hajebi A. Efficacy of aftercare services for people with severe mental disorders in Iran: A randomized controlled trial. *Psychiatr Serv*. 2015;66(4):373–80.
15. Caqueo-Urizar A, Rus-Calafell M, Urzúa A, Escudero J, Gutiérrez-Maldonado J. The role of family therapy in the management of schizophrenia: Challenges and solutions. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:145–51.
16. Rahaya A, Cahaya N. Studi Retrospektif Penggunaan Trihexyfenidil Pada Pasien Skizofrenia Rawat Inap Yang Mendapat Terapi Antipsikotik Di Rumah Sakit Jiwa Sumbang Lihum. *J Farm Galen (Galenika J Pharmacy)*. 2016;2(2):124–31.
17. Keepers GA, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabei R, Servis M, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline For The Treatment Of Patients

With Schizophrenia Guideline Writing Group Systematic Review Group Committee on Practice Guidelines APA Assembly Liaisons. 2020;74.

## **PERSON CENTERED THERAPY UNTUK MENURUNKAN DEPRESI PADA PASIEN SKIZOAFEKTIF**

*Aprian Istiono*

*Magister Psikologi Profesi (S2) Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya  
Jl. Semolowaru No.45, Menur Pumpungan, Kec. Sukolilo, Kota Surabaya  
Email : [aprianistiono.mapro@gmail.com](mailto:aprianistiono.mapro@gmail.com)*

**Abstrak.** Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui efektivitas *Person Centered Therapy* dalam menurunkan depresi pada pasien skizoafektif. Seseorang dengan gangguan skizoafektif memiliki ciri baik skizofrenia, seperti halusinasi dan cara berpikir yang tidak teratur, maupun gangguan afektif, seperti perubahan suasana hati berat, merasa terancam dan depresi. Subjek dalam penelitian ini adalah seorang pasien laki-laki RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang yang berusia 36 tahun, dengan gangguan skizoafektif tipe depresif. Subjek mengalami kondisi depresi, merasa bersalah, sering merasa kebingungan dan halusinasi. Latar belakang pemilihan topik ini adalah karena melihat kondisi terapeutik umumnya kering dan bersifat direktif. *Person Centered Therapy* hadir dengan mengutamakan pemberian kenyamanan bagi subjek untuk bercerita, menjabarkan masalahnya dan mengungkapkan perasaan-perasaannya. Kondisi nyaman dalam terapeutik inilah yang dijadikan sebagai modal untuk merubah afek subjek yang nampak tidak nyaman dan bahkan curiga terhadap pertanyaan-pertanyaan yang bersifat direktif. Setelah afek subjek sudah nampak nyaman, selanjutnya subjek didorong untuk menyelesaikan pengalaman-pengalaman yang membuatnya depresi. Metode pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus ini adalah wawancara, observasi dan psikotes. Hasil dari studi kasus ini diperoleh bahwa *Person Centered Therapy* menjadi sarana bagi subjek untuk melakukan *self-insight* dalam menyelesaikan pengalaman-pengalaman yang membuatnya depresi. Kemampuan melakukan *self-insight* inilah yang kemudian mampu menurunkan depresi yang dialami oleh subjek.

**Katakunci:** *Person centered therapy, skizoafektif tipe depresif.*

### **1. Pendahuluan**

Seperti yang dikutip dari website [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id) dengan judul artikel “Peran Keluarga Dukung Kesehatan Jiwa Masyarakat”, dijelaskan bahwa kesehatan jiwa masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang signifikan di dunia termasuk di Indonesia. Didalam artikel tersebut juga dijelaskan menurut data WHO pada tahun 2016 terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena dimensia. Menurut data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) pada tahun 2013 di Indonesia didapatkan prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 14 juta orang atau 6% dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1,7 per 1.000 penduduk. Dari data tersebut bisa diartikan terjadinya peningkatan jumlah kasus gangguan jiwa di Indonesia dan berdampak pada penambahan beban negara serta penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang. (Rikedas Depkes RI, 2013)

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa Tahun 2015, Skizoafektif adalah gangguan jiwa yang ditandai dengan dua gambaran yang berulang yaitu gambaran gangguan skizofrenia (memenuhi kriteria A skizofrenia) dan episod *mood* baik depresi mayor maupun bipolar. Seseorang dengan gangguan skizoafektif memiliki perubahan suasana hati berat dan beberapa gejala psikotik skizofrenia, seperti halusinasi, delusi, dan cara berpikir yang tidak teratur. Salah satu gejala psikotik pada gangguan skizoafektif adalah ketidakmampuan seseorang untuk membedakan kenyataan dan apa yang sedang dipikirkan. Gejala gangguan skizoafektif mungkin sangat bervariasi dari satu orang ke orang lain dan mungkin juga ringan atau berat.

Walaupun tampaknya tidak terdapat perbedaan yang berhubungan dengan jenis kelamin pada hasil akhir gangguan skizoafektif, beberapa data menyatakan bahwa perilaku bunuh diri mungkin lebih sering pada wanita dengan gangguan skizoafektif daripada laki-laki dengan gangguan tersebut. Insidensi bunuh diri di antara pasien dengan gangguan skizoafektif diperkirakan sekurangnya 10 persen. (Kaplan, 2010).

### 1.1. *Gangguan Skizoafektif Tipe Depresif*

Harus ada depresi yang menonjol, disertai oleh sedikitnya dua gejala depresif yang khas atau kelainan perilaku seperti yang terdapat dalam kriteria episode depresif; dalam episode yang sama, sedikitnya harus ada satu atau lebih dua gejala skizofrenia yang khas (sebagaimana ditetapkan untuk pedoman diagnostik skizofrenia). (Keputusan Menteri Kesehatan Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa, 2015)

Pedoman diagnosis F25.1 Skizoafektif Tipe Depresif berdasarkan PPDGJ III dan DSM-5 (Maslim, 2013):

- Kategori ini harus dipakai baik untuk episode skizoafektif tipe depresif yang *tunggal*, dan untuk gangguan *berulang* dimana sebagian besar episode didominasi oleh skizoafektif tipe depresif.
- Afek Depresif harus menonjol, disertai oleh sedikitnya dua gejala khas, baik depresif maupun kelainan perilaku terkait seperti tercantum dalam uraian untuk episode depresif (F32);
- Dalam episode yang sama, sedikitnya harus jelas ada satu, dan sebaiknya ada dua, gejala khas skizofrenia (sebagaimana ditetapkan dalam pedoman diagnostik skizofrenia, F20.-, (a) sampai (d)).

### 1.2. *Person Centered Therapy*

Pendekatan eksistensial humanistik mempunyai paham bahwa maka manusia memiliki kehendak dan potensi untuk mengembangkan kehidupannya sendiri. Pendekatan eksistensial humanistik berfokus pada kondisi manusia. Eksistensial humanistik berasumsi bahwa manusia pada dasarnya memiliki potensi untuk berperilaku yang baik lebih banyak dari pada potensi untuk berperilaku buruk. Prinsip-prinsip psikoterapi dengan pendekatan eksistensial humanistik tersebut dapat diterapkan pada semua orang, baik yang normal, neurotik, maupun yang psikotik (Corey, 2010).

Dengan berfokus pada pengalaman subjektif, terapis hanya mempelajari tentang kejadian yang diceritakan klien secara sadar. Pengalaman yang tidak berada dalam kesadaran tetap tersembunyi. Bahaya dari mencoba menarik kesimpulan terlalu banyak tentang pengalaman *tak sadar* adalah kesimpulan yang dibuat terapis mungkin mewakili proyeksi terapis sendiri bukan pengalaman yang dialami klien. Apa yang dipelajari terapis dari kliennya juga bergantung pada kemampuan klien berkomunikasi. Karena tidak ada bentuk komunikasi yang sempurna, terapis dapat melihat dunia pengalaman klien secara tidak sempurna. Rogers menggambarkan wawasan diri sebagai penerimaan diri dan kenyataan, serta rasa tanggung jawab terhadap diri. Menurut Rogers, faktor yang paling akurat memprediksi perilaku di masa yang akan datang adalah *self-insight* (wawasan diri). (Roger, 1987, dalam Schultz, 2014).

Dalam batasan tersebut, Rogers beragumen bahwa *Person Centered Therapy* memberikan pandangan yang lebih jelas tentang dunia pengalaman seseorang dibanding bentuk asesmen dan terapi yang lain. Satu kelebihan yang diklaim Rogers pada pendekatannya adalah ketidakbergantungan pada struktur teoritis yang telah ditentukan (seperti analisis Freudian), struktur yang harus disesuaikan terapis untuk masalah pasiennya. Satu-satunya kepercayaan yang telah ditentukan adalah nilai dan kelayakan milik klien. Klien diterima apa adanya. Terapis memberikan mereka penerimaan positif takbersyarat dan tidak menghakimi perilaku mereka atau menasehati tentang cara berperilaku. Semuanya berpusat pada klien, termasuk tanggung jawab untuk mengubah perilaku dan mengevaluasi hubungan. (Schultz, 2014)

Dari uraian latar belakang diatas, maka peneliti tertarik untuk mengetahui efektivitas *Person Centered Therapy* dalam menurunkan depresi pada pasien RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang yang mengalami gangguan skizoafektif tipe depresif. Alasan pemilihan intervensi dengan menggunakan *Person Centered Therapy* karena melihat kondisi subjek yang merupakan pribadi tertutup, cenderung menjawab pertanyaan dengan singkat, serta gestur dan ekspresi subjek yang nampak kurang nyaman apabila dihadapkan dengan pertanyaan yang menginterogasi dan arahan yang bersifat direktif. Maka selanjutnya untuk proses terapi peneliti mengutamakan pemberian kenyamanan bagi subjek untuk bercerita, menjabarkan masalah dan mengungkapkan perasaan-perasaannya.

Kondisi nyaman dari *Person Centered Therapy* ini dijadikan sebagai modal untuk merubah afek subjek yang nampak tidak nyaman dan bahkan curiga terhadap pertanyaan-pertanyaan yang diutarakan oleh peneliti. Sehingga apabila afek subjek sudah nampak nyaman selanjutnya subjek didorong untuk menyelesaikan pengalaman-pengalaman yang membuatnya depresi. Permasalahan ini merupakan akibat dari konsep *self* dan aspek pengalaman subjek yang mengalami ketidaksesuaian.

### 1.3. Subjek Penelitian

Subjek dalam penelitian ini berinisial Z, seorang pasien laki-laki RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang yang berusia 36 tahun. Dari hasil studi dokumentasi, asesmen gejala-gejala yang nampak serta auto anamnesa dan allo anamnesa yang telah dilakukan oleh peneliti, subjek didiagnosa mengalami gangguan skizoafektif tipe depresif.

### 1.4. Metodologi Penelitian

Penelitian yang dilakukan ini menggunakan metode kualitatif dengan jenis pendekatan studi kasus. Prihatsanti dan kawan-kawan menjelaskan tentang fungsi pendekatan studi kasus yang digunakan untuk memberikan pemahaman akan sesuatu yang menarik perhatian, peristiwa konkret, proses sosial yang terjadi dan atau pengalaman orang yang menjadi latar dari sebuah kasus. (Prihatsanti, Suryanto dan Hendrian, 2018). Robert K. Yin dalam bukunya mendefinisikan studi kasus sebagai suatu proses penelitian. Studi kasus adalah sebuah penelitian yang bertujuan untuk menguji pertanyaan dan masalah penelitian, yang tidak dapat dipisahkan antara fenomena dan konteks dimana fenomena tersebut terjadi. (Yin, 2002)

Moleong menjelaskan bahwa studi kasus adalah metode pengumpulan data yang bersifat integratif dan komprehensif. Integratif artinya menggunakan berbagai teknik pendekatan dan komprehensif artinya data yang dikumpulkan meliputi seluruh aspek pribadi individu secara lengkap (Moleong, 2014). Teknik penggalan data dilakukan selama 4 minggu yang bertempat di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Selama 4 minggu tersebut peneliti membagi waktu praktik dengan rincian 3 minggu untuk melakukan asesmen dan 1 minggu untuk melakukan intervensi.

Asesmen dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan observasi, auto anamnesa dan allo anamnesa (wawancara riwayat hidup yang dirasakan subjek dan wawancara tidak terstruktur), psikotes (DAP, BAUM, HTP, SSCT, TAT dan WAIS) studi dokumentasi dan diskusi dengan psikolog RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Selain melakukan penelitian, peneliti juga berkesempatan untuk ikut dalam beberapa kegiatan di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Contohnya seperti bertugas untuk jaga diruangan rawat inap jalak, mengantar pasien ke ruang rehabilitasi, dan mengawasi sepenuhnya pasien sesuai jadwal jaga diruang rawat inap.

Waktu jaga diruangan rawat inap yang cukup banyak tersebut menjadikan peneliti hampir setiap saat bertemu dan berinteraksi dengan subjek penelitian maupun juga pasien RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang yang lain. Maka observasi dan auto anamnesa yang dilakukan oleh peneliti untuk menangkap gejala-gejala gangguan yang nampak pada subjek penelitian sudah sangat cukup untuk menentukan jenis gangguan dan jenis intervensi yang akan dilakukan. Selain itu, peneliti juga mendapatkan kesempatan untuk melakukan *home visit* ke rumah subjek dan langsung bertemu dan wawancara bersama kedua orang tua subjek.

## 2. Pembahasan

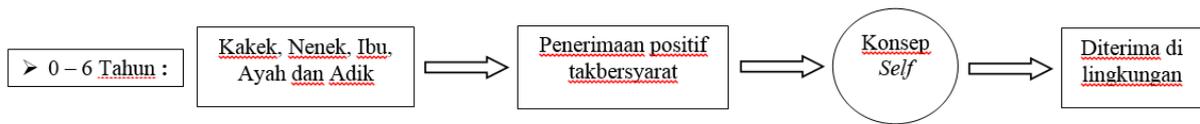
Dari hasil asesmen yang telah dilakukan, selanjutnya peneliti membuat analisis data dengan mengintegrasikan semua hasil asesmen (observasi, auto anamnesa, allo anamnesa, psikotes dan studi dokumentasi). Semua ini digunakan peneliti untuk melakukan diagnosis dan kemudian menentukan serta memberikan intervensi yang tepat kepada subjek.

Untuk hasil psikotes yang telah dilakukan bisa dilihat seperti didalam tabel integrasi psikotes dibawah ini:

Tabel 1. Integrasi Hasil Psikotes

No	Interpretasi	Psikotes
1	<p><b><u>Aspek Kognitif</u></b></p> <p>Subjek mempunyai kecerdasan di kategori rata bawah dengan IQ lengkap sebesar 92, dengan IQ verbal sebesar 94 dan IQ performance 91. Subjek tidak ada indikasi kemunduran dalam fungsi intelektualnya. Dalam memanfaatkan potensi kecerdasannya klien telah cukup optimal sesuai orang seusianya.</p>	WAIS
2	<p><b><u>Gambaran diri</u></b></p> <p>Kepribadian subjek saat ini adalah pribadi yang tidak stabil, impulsif, mudah frustrasi, merasa bersalah dan <i>moody</i> atau dikuasai perasaan. Hal tersebut salah satunya dikarenakan oleh perasaan <i>insecure</i> (tidak aman) dan <i>rigid</i> (kaku) dalam diri Subjek, serta ia terlalu mengontrol secara cermat hal yang menjadi otoritasnya. Subjek akhirnya menjadi depresi karena hal yang ia kontrol sebelumnya sudah tidak ada.</p>	BAUM, DAP, HTP dan TAT
3	<p><b><u>Aspek Emosi</u></b></p> <p>Subjek memiliki kecenderungan untuk mencurahkan pikiran pada fantasi dan cita-cita yang membuat dirinya menitik beratkan pada ambisi ekspansif yang selanjutnya memunculkan kondisi dirinya yang tidak stabil, impulsif. Ketidakmampuan mengendalikan emosi dengan baik pada akhirnya membuat subjek mudah marah ketika fantasi dan keinginannya tidak terpenuhi.</p>	BAUM, DAP, HTP dan TAT
4	<p><b><u>Aspek Sosial</u></b></p> <p>Subjek merupakan orang yang introvert. Sehingga ia sangat jarang berinteraksi dengan orang lain. Subjek hanya menjalin interaksi dengan orang yang telah ia kenal cukup lama, jadi terhadap orang baru yang ia kenal subjek cenderung tertutup. Selain itu subjek merupakan orang yang sukar atau sulit merancang sesuatu, memiliki keinginan untuk bebas dan tidak mau diatur. Subjek juga cenderung berfikir yang kurang realistis sehingga akan sangat mudah terpengaruh oleh informasi-informasi yang tidak benar.</p>	BAUM, DAP, HTP, SSCT dan TAT
5	<p><b><u>Tanda-Tanda Patologis</u></b></p> <p>Subjek ada indikasi menderita depresi. Selain itu adanya perubahan didalam mood atau sikap terhadap sesuatu, sehingga nampak subjek menjadi <i>moody</i> atau dikuasai perasaan. Selain itu adanya perasaan bersalah dari pengalamannya yang terdahulu membuat subjek merasa <i>insecure</i> (tidak aman). Maka dapat ditarik kesimpulan subjek mengalami gangguan skizoafektif tipe depresif.</p>	BAUM, DAP, HTP dan TAT

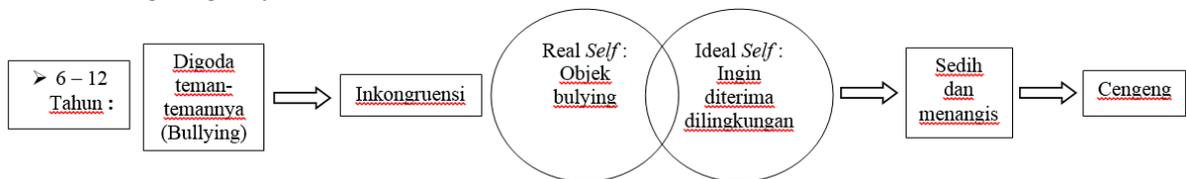
### 2.1. Dinamika Psikologi



Gambar 1. Terbentuknya konsep *self*

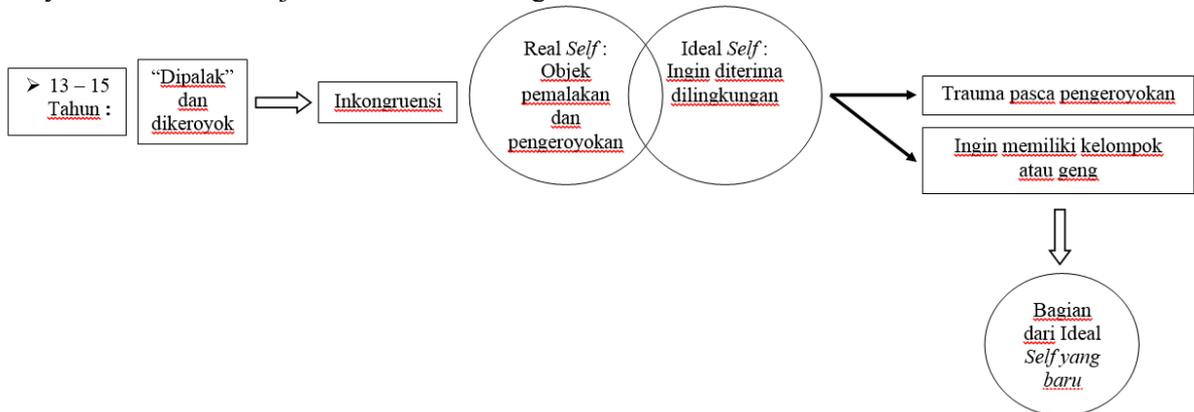
Klien merupakan anak ke-1 dari 3 bersaudara. Klien mempunyai 2 saudara tiri dari pernikahan Ibu kandung dengan Bapak tirinya yang pertama. Klien dan saudara-saudara tirinya mempunyai hubungan yang baik. Saudara yang paling dekat dengan Klien adalah adiknya tirinya JR.

Sejak lahir sampai bersekolah di SMK, klien lebih “*betah*” tinggal bersama kakek dan neneknya. Alasan klien merasa “*betah*” adalah karena dirinya merasa nyaman tinggal di rumah kakek dan neneknya yang terbuat dari anyaman bambu. Ditahap ini keluarga klien memberikan penerimaan positif tak bersyarat untuk klien. Kemudian klien membangun konsep *self* pada waktu kecil ia merasa diterima dilingkungannya.



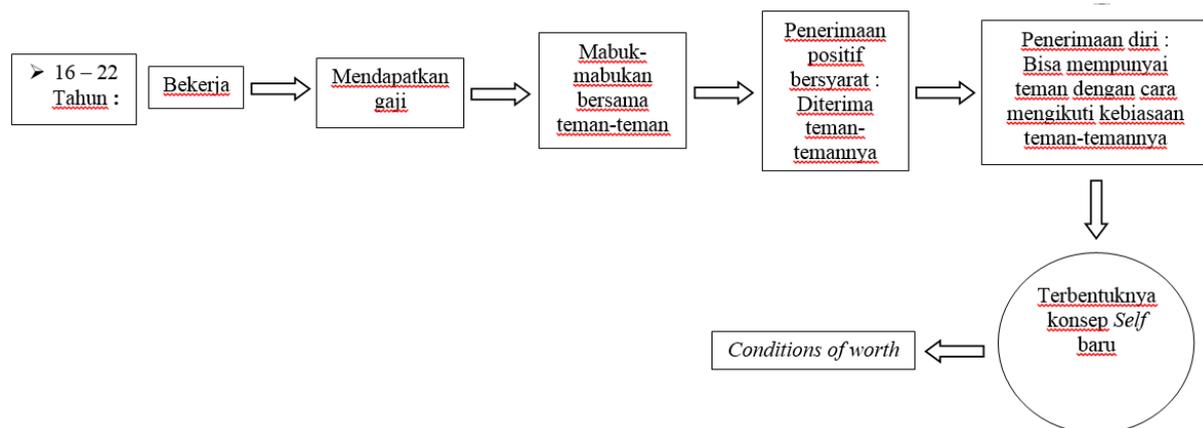
Gambar 2. Awal adanya inkongruensi

Pada saat masih SD, klien adalah anak yang gemuk dan memiliki uang saku yang tergolong banyak pada waktu itu. Hal ini menunjukkan kebutuhan fisiologisnya saat kecil terpenuhi dengan baik. Klien juga menyatakan bahwa pada saat SD ia adalah anak yang cengeng. Ketika digoda oleh teman-temannya dan mainannya disembunyikan klien akan menangis. Peristiwa ini adalah awal adanya inkongruensi antara konsep diri dan dunia pengalamannya. Kepercayaan bahwa diterima dilingkungan mengalami ketidaksesuaian dengan pengalamannya “digoda teman-temannya” hingga menyebabkan klien menjadi sedih dan menangis.



Gambar 3. Pengalaman inkongruensi terjadi kembali

Waktu SMP pengalaman inkongruensi terjadi kembali. Klien menyatakan trauma dengan kejadian yang ia alami saat klien “dipalak” dan dikeroyok oleh ± 6 anak seniornya. Klien merasa trauma dengan peristiwa pemalakan dan pengeroyokan itu. Hingga klien tidak mau masuk sekolah ± 1 bulan. Menurut klien hal tersebut terjadi karena saat itu ia tidak memiliki kelompok atau geng. Pemahaman akan perlunya memiliki kelompok atau geng ini yang kemudian menjadi bagian *ideal self* yang baru bagi klien.

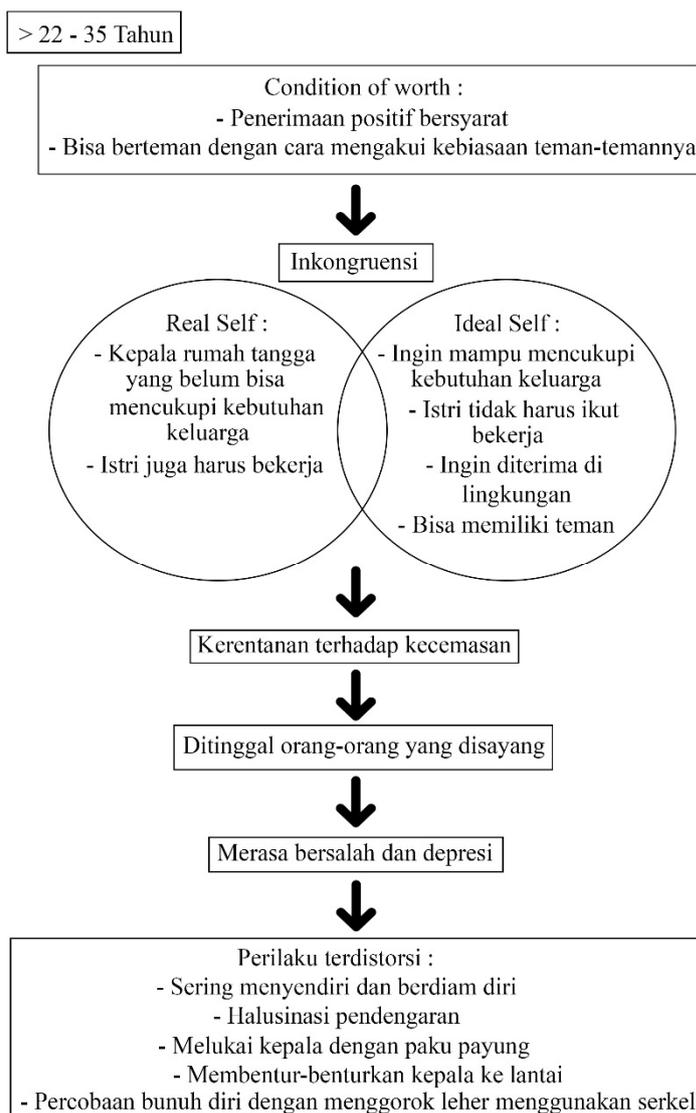


Gambar 4. Terbentuknya konsep *self* baru yang merupakan *condition of worth*

Saat SMK kelas tiga klien memutuskan untuk tidak melanjutkan sekolah dan lebih memilih untuk bekerja. Klien antusias dan mampu bekerja sebagai kuli serabutan karena memang klien adalah orang yang memiliki energi yang besar. Klien merasa diterima oleh teman-temannya dengan ikut bermain sepak bola dan mabuk-mabukan setiap ia menerima gaji. Jika teman-temannya mengapresiasi kesediaan klien untuk ikut melaksanakan kegiatan tersebut, klien akan belajar menyetujui dirinya sendiri untuk ikut memiliki kebiasaan tersebut juga.

Standar penilaian eksternal menjadi internal dan personal. Dapat dikatakan klien melakukan kebiasaan seperti yang dilakukan teman-temannya. Klien mengembangkan penerimaan diri hanya pada situasi yang membawa persetujuan dari teman-temannya, dan pada waktunya akan terbentuk konsep diri baru yaitu penerimaan positif bersyarat, berfungsi sebagai pengganti konsep diri lama yaitu penerimaan positif tak bersyarat. Hal ini disebut sebagai *conditions of worth*.

Klien percaya bahwa ia hanya bernilai dalam kondisi tertentu, kondisi yang membuatnya diterima dilingkungan dan teman-temannya, kemudian kondisi tersebut membentuk penerimaan diri positif bagi klien bahwa ia mampu untuk diterima teman-temannya. Dengan menginternalisasi norma dan standar dari teman-temannya, dimana adanya kebiasaan mabuk-mabukan, “jagongan” dan latihan ilmu tenaga dalam, klien memandang dirinya bernilai atau tidak bernilai, baik atau buruk, menurut syarat yang sudah ditentukan oleh lingkungan dan teman-temannya.



Gambar 5. Muncul gejala-gejala psikopatologi

Dengan demikian, klien belajar mengikuti kebiasaan yang ada dilingkungannya walaupun ada kebiasaan yang salah namun tetap ia ikuti dengan tujuan supaya ia tetap diterima dilingkungannya. Sampai akhirnya pada usia 22 tahun klien menderita sakit liver akibat kebiasaannya mabuk-mabukan. Oleh karena itu, klien tidak mempercayai perilaku dan perasaannya sendiri. Klien dicegah untuk berkembang sepenuhnya atau mengaktualisasikan diri. Klien menghambat perkembangannya sendiri dengan hidup dalam batasan *conditions of worth*.

Selanjutnya pada usia 25 tahun peristiwa yang menggembirakan bagi klien akhirnya terjadi. Klien menikah dengan wanita yang dikenalkan oleh temannya. Dari pernikahan itu lahir anak klien yang berinisial AI, seorang putri yang sangat disayang klien. Klien memiliki *ideal self* sebagai kepala rumah tangga yang mampu mencukupi kebutuhan keluarganya sehingga istrinya tidak harus ikut bekerja, tetapi nyatanya *real self* yang dimiliki klien adalah kepala rumah tangga yang belum bisa mencukupi kebutuhan keluarganya hingga istrinya juga harus bekerja. Maka ada kesenjangan antara *real self* dan *ideal self* yang menimbulkan kecemasan bagi klien.

Kecemasan yang timbul dari kesenjangan antara *real self* dan *ideal self* ditambah keseluruhan pengalaman ditinggal orang-orang yang disayang membuat klien sedih. Selanjutnya menjadikan klien tidak lagi dapat merasa berfungsi sepenuhnya sebagai manusia, dengan semua fungsi-fungsinya baik secara fisik maupun psikologis. Ketidakmampuan menjaga konsep organisme inilah yang menjadikan klien merasa bersalah dan depresi. Hingga akhirnya muncul perilaku yang bermasalah seperti, halusinasi pendengaran, membentur-benturkan kepala ke lantai, berjalan berputar-putar dengan

mengucapkan “*wes sidangen aku wes sidangen aku*”, yang artinya subjek merasa tidak memiliki harapan serta percobaan bunuh diri menggunakan serkel (alat pemotong keramik).

Klien dirawat di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang untuk pertama kali. Diagnosa medis saat pertama di rawat pada tahun 2018 adalah F 32.3 Episode Depresif Berat dengan Gejala Psikotik, dengan keterangan melakukan percobaan bunuh diri menggunakan serkel (alat pemotong keramik).

Setelah masa perawatan selama tiga minggu klien diperbolehkan pulang. Setelah pulang terjadi peristiwa pengeroyokan yang memicu munculnya pengalaman traumatis bagi klien. Peristiwa tersebut terjadi ketika klien mencoba mengambil bensin tanpa membayar dan akhirnya ia dipukuli masa, sampai harus dirawat di Rumah Sakit di daerah Kepanjen karena luka berat kepala dan tubuhnya.

Sejak pulang dari Makasar klien menjadi sering marah tanpa sebab, sering jalan-jalan memutar kompleks rumahnya dan sempat tidak makan minum selama 2 hari. Melihat kondisi itu Ibunya khawatir dan mencoba memberi klien teh hangat pada pagi hari. Namun klien membanting gelas air teh hangat itu. Karena semakin khawatir akhirnya pada sore hari klien dibawa untuk yang kedua kalinya ke RSJ. Klien mendapat diagnosa medis F.34 Gangguan Siklotimik. Alasan masuk karena ia merasa mendengar bisikan-bisikan telah membunuh seseorang.

## 2.2. Pelaksanaan dan Hasil Intervensi

Pelaksanaan intervensi di lakukan menggunakan *Person Centered Therapy*. Tujuannya adalah diharapkan klien mampu menerima diri dan kenyataan, serta memunculkan rasa tanggung jawab terhadap dirinya. Karena faktor yang paling akurat memprediksi perilaku di masa yang akan datang adalah *self-insight* (wawasan diri). Proses pelaksanaannya terangkum sebagai berikut:

### ➤ Sesi 1: *Building rapport*. (Senin, 29 April 2019, pukul 09.00-10.00 WIB)

Tujuan dari sesi pertama ini adalah untuk menciptakan suasana yang mendukung dalam pemberian bantuan, menumbuhkan keterbukaan subjek dalam mengungkapkan permasalahannya, serta menumbuhkan rasa saling percaya antara peneliti dengan subjek. Hasil yang diperoleh dari sesi pertama ini bahwa subjek juga menyambut dan menerima peneliti dengan cara tersenyum. Namun nampak gestur subjek nampak masih ragu dan takut. Subjek menggenggam kedua tangannya dan diapit diantara lututnya. Namun ketika peneliti menyampaikan bahwa ia menerima subjek dengan positif tanpa syarat apapun, gestur subjek nampak lebih rileks dan kemudian subjek bersandar dikursi tempat duduknya dengan tangan yang tidak lagi digenggam.

### ➤ Sesi 2: Menyampaikan sistematika proses terapi. (Senin, 29 April 2019, pukul, 09.00-10.00 WIB)

Tujuan dari sesi kedua ini supaya subjek memahami tujuan dilakukannya terapi. Peneliti mengajak subjek untuk menetapkan tujuan bersama-sama, agar subjek memiliki komitmen selama pelaksanaan intervensi dan menjelaskan kerahasiaan data selama proses terapi. Hasil yang diperoleh dari sesi ini bahwa subjek memahami sistematika proses terapi dengan menganggukkan kepala beberapa kali. Subjek menyepakati tujuan terapi, dimana dirinya harus segera menyelesaikan masalahnya.

### ➤ Sesi 3: Penjajakan masalah. (Senin, 29 April 2019, pukul 09.00-10.00 WIB)

Tujuan dari sesi ketiga ini supaya subjek mampu mengungkapkan perasaannya secara bebas dan terbuka terhadap masalah yang sedang dihadapinya. Setelah peneliti menyampaikan bahwa tidak ada paksaan bagi subjek untuk menceritakan sesuatu yang menjadi masalah baginya, akan tetapi peneliti berharap supaya subjek dapat segera menyelesaikan persoalan yang sedang dihadapinya. Kemudian subjek secara terbuka mulai menceritakan masalahnya.

Subjek mempunyai keinginan kembali ke Makasar untuk bekerja dan sekaligus bertemu guru spiritualnya guna melanjutkan ilmu yang pernah dipelajarinya. Subjek bercerita kalau ia telah belajar ilmu batiniyah *asmaul khusnah* di Makasar sejak tahun 2017. Cerita ini tidak pernah diketahui oleh keluarganya, mengingat subjek adalah orang yang pendiam ketika di rumah. Subjek merasa halusinasinya adalah merupakan suatu tahapan sabar di dalam *asmaul khusna* yang harus dilampaui untuk dapat naik ke tahap selanjutnya. Subjek memiliki harapan ketika dinyatakan lulus

dari belajar ilmu batiniyah di Makasar, ia berharap bisa berguna bagi sesama manusia, contohnya bisa menyembuhkan orang yang sakit.

➤ Sesi 4: Keterbukaan terhadap pengalaman. (Selasa, 30 April 2019, pukul 09.00-10.00 WIB)

Tujuan dari sesi keempat ini adalah memperjelas kembali pemahaman subjek terhadap pengalaman yang berhubungan dengan masalah atau kondisi dirinya. Target yang diharapkan pada sesi keempat ini yaitu supaya subjek secara mandiri mampu untuk terbuka terhadap pengalamannya terkait perasaan bersalah dan perasaan belum bisa membahagiakan keluarga.

Pada sesi sebelumnya yaitu sesi ketiga, subjek telah mampu mengutarakan apa yang ia pendam selama ini yang orang lain belum mengetahuinya. Disesi keempat ini subjek secara mandiri mampu untuk terbuka terhadap masalah yang sedang ia hadapi. Selain itu subjek memperjelas pemahamannya terhadap pengalaman yang berhubungan dengan masalahnya.

Subjek memulai bercerita dari kisahnya saat di kelas 3 SMK yang ditinggal meninggal bapak tirinya yang pertama. Sampai subjek bercerita ketika ia mulai ditinggal oleh orang-orang yang disayangi yang membuatnya merasa sedih. Kejadian itu dimulai dari kematian Ayah, Adik, Kakek dan Neneknya yang semuanya meninggal selang 1 tahun. Sampai pada perceraian dengan istrinya yang menjadi peristiwa kehilangan terbaru. Subjek menyatakan kasihan kepada mantan istrinya yang dahulu ikut bekerja guna membantu mencukupi kebutuhan keluarga. Setelah menceritakan pengalaman ditinggal oleh orang-orang yang disayangi, subjek juga menyatakan dirinya telah mampu menerima diri dan kenyataan bahwa telah bercerai dengan istrinya dan subjek saat ini menjadi orang tua tunggal yang harus merawat dan membesarkan anaknya.

Subjek juga menyatakan ia merasa bersalah karena telah meninggalkan anaknya selama 6 tahun untuk bekerja di Makasar. Dari semua peristiwa itu subjek menyatakan merasa bersalah dan belum bisa membahagiakan keluarganya. Disesi ini subjek juga kembali menyatakan keinginannya untuk kembali ke Makasar guna bekerja disana dan sekaligus menemui guru spiritualnya.

➤ Sesi 5: Memilih dan menentukan sikap. (Kamis, 02 Mei 2019, pukul 09.00-10.00 WIB)

Tujuan dari sesi kelima ini adalah subjek mampu menemukan jawaban dari dirinya sendiri untuk menyelesaikan masalahnya terkait dengan perasaan bersalah terhadap anaknya dan perasaan belum bisa membahagiakan keluarga. Target yang diharapkan pada sesi kelima ini yaitu supaya subjek mampu melakukan *self-insight* dalam menyelesaikan masalah-masalahnya.

Pada sesi sebelumnya yaitu sesi keempat subjek bersama peneliti memperjelas pemahamannya terhadap pengalaman yang berhubungan dengan masalah-masalahnya. Disesi ini subjek mampu melakukan *self-insight* dalam menyelesaikan permasalahannya. Subjek akhirnya bisa menerima untuk bekerja seadanya di Malang atau di dekat rumah, karena yang terpenting menurut subjek untuk saat ini adalah supaya bisa selalu bersama Anaknya.

Subjek merasa kasihan terhadap Anaknya yang dari kecil telah subjek tinggalkan untuk bekerja jauh dari rumah. Selain itu subjek ingin supaya anaknya sama seperti teman-temannya yang lain yang didampingi Ayah dan Ibunya dirumah. Subjek juga sudah menyatakan siap, ketika kelak ada kemungkinan Anaknya dirawat orang lain. Hal tersebut tidak menjadi masalah bagi subjek, karena menurut subjek yang terpenting sama-sama memiliki tujuan yang sama yaitu merawat Anaknya. Subjek menjelaskan tidak jadi masalah, anaknya kelak ikut subjek atau ikut Ibunya (mantan istri subjek). Karena tujuannya sama, yaitu sama-sama merawat anak. Selain itu subjek juga menyatakan siap menerima kenyataan apabila besok setelah pulang dari RSJ dirinya tidak diperbolehkan untuk kembali bekerja di Makasar.

➤ Sesi 6: Terminasi. (Sabtu, 04 Mei 2019, pukul 09.00-09.30 WIB)

Tujuan dari sesi keenam ini adalah untuk menanyakan perasaan subjek sebelum dan sesudah terapi. Peneliti bertanya dan memberikan kesempatan kepada subjek untuk mengatakan dan mengungkapkan perasaannya saat ini atau setelah terapi dilaksanakan. Selain itu peneliti membandingkan kondisi serta ekspresi subjek sebelum dilakukan terapi dan sesudah diberikan terapi. Subjek mengatakan perasaannya lebih lega setelah mampu menyelesaikan masalahnya sendiri. Subjek menyatakan menerima apabila ia harus tetap di Malang dan tidak diperbolehkan untuk kembali ke Makasar. Hal tersebut bisa terjadi karena subjek saat ini sudah mampu memahami kondisi keluarganya yang mengkhawatirkan dirinya. Subjek menyatakan setelah ini

akan rutin minum obat dan kontrol ke Rumah Sakit, akan melawan rasa malas untuk bangun pagi dan lebih giat untuk bekerja guna untuk membiayai kebutuhan anaknya. Subjek juga berterima kasih kepada peneliti karena sudah banyak dibantu selama dirawat di RSJ.

Setelah mampu melakukan *self-insight*, selanjutnya subjek diharapkan mampu menjadi manusia yang berfungsi penuh yang dapat menghadapi kesulitan. Kondisi yang melibatkan pengujian, pertumbuhan, perjuangan dan penggunaan semua potensial secara berkelanjutan. Hal ini sesuai dengan hasil dari penelitian-penelitian yang telah ada tentang efektivitas *person centered therapy* untuk orang dengan masalah kesehatan mental.

Seperti penelitian yang telah dilakukan oleh Gibbard dan Hanley yang menunjukkan hasil penelitian bahwa *person centered therapy* efektif bagi subjek dengan masalah kesehatan mental yang umum, seperti kecemasan dan depresi. Efektivitas *person centered therapy* pada penelitian ini tidak hanya terbatas pada individu dengan gejala ringan dan sedang, tetapi juga pada individu dengan masalah kesehatan mental yang berat dan dalam kurun yang lama. (Gibbard & Hanley, 2008)

Hasil yang sama juga didapatkan dari penelitian yang dilakukan Traynor dan kawan-kawan yang menunjukkan bahwa *person centered therapy* mampu memberikan perubahan positif pada pasien psikotik berupa meningkatnya penyesuaian sosial. Beberapa subjek pada penelitian tersebut juga mampu menurunkan risiko membahayakan diri mereka sendiri atau orang lain, serta mereka mampu memperbaiki kesadaran diri, suasana hati dan ketahanan diri. Teknik *person centered therapy* dapat membantu subjek dengan penyakit mental yang berat untuk bisa menumbuhkan kesadaran terkait menghargai diri mereka sendiri. (Traynor, Wendy, Elliott, Robert, Cooper & Mick, 2011)

Penelitian terbaru yang dilakukan oleh Rahmah dan Nida dengan subjek pasien rawat jalan yang mengalami skizofrenia juga menunjukkan bahwa konseling *client centered* dapat meningkatkan kesadaran terhadap pentingnya berobat pada pasien skizofrenia. Kesadaran tersebut membentuk perilaku pada diri subjek berupa rajin dan rutin minum obat sesuai jadwal, serta rajin kontrol ke rumah sakit di saat subjek sudah tidak menjalani rawat inap lagi. (Rahmah dan Nida, 2016)

### 3. Simpulan

1. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, dapat ditarik kesimpulan bahwa *person centered therapy* dapat menjadi jenis psikoterapi yang efektif dalam menurunkan depresi pada pasien skizoafektif. Tanda-tanda penurunan depresi yang bisa ditangkap dari hasil intervensi, antara lain:
  - a. Subjek telah mampu menerima diri dan kenyataan bahwa telah bercerai dengan istrinya dan saat ini menjadi orang tua tunggal yang harus merawat dan membesarkan anaknya.
  - b. Subjek mampu melakukan *self-insight* berupa pernyataan untuk bekerja seadanya di Malang atau yang dekat dengan rumah, karena yang terpenting menurut subjek untuk saat ini adalah supaya bisa selalu bersama Anaknya. *Self-insight* ini menjawab perasaan bersalah karena telah meninggalkan anaknya untuk bekerja jauh dari rumah sejak anaknya berusia 4 tahun hingga kini berusia 10 tahun.
  - c. Subjek telah mampu memunculkan kembali rasa tanggung jawab terhadap dirinya dengan bersedia untuk rutin meminum obat dan kontrol ke Rumah Sakit terkait kesehatan dirinya, akan melawan rasa malas untuk bangun pagi dan lebih giat untuk bekerja guna untuk membiayai kebutuhan anaknya. Bisa diartikan subjek telah kembali merasa semangat untuk terus melanjutkan hidup.
2. Efektifitas *person centered therapy* dapat dilihat dari hasil di setiap sesi terapi yang telah dilakukan, antara lain:
  - a. Perubahan gestur dan ekspresi subjek yang nampak lebih rileks dengan bersandar dikursi tempat duduknya dan tangan yang tidak lagi digenggam setelah peneliti menyampaikan bahwa dirinya menerima subjek dengan positif tanpa syarat apapun.
  - b. Kondisi nyaman yang sudah dibangun peneliti dari awal perkenalan dengan subjek hingga proses terapi berlangsung, selanjutnya dibuat sebagai dasar untuk membangun kepercayaan dari subjek. Karena dalam proses terapi peneliti mengutamakan pemberian kenyamanan bagi subjek untuk bercerita, menjabarkan masalah dan mengungkapkan perasaan-perasaannya. Hasil yang didapatkan yaitu subjek telah

- mampu mengutarakan apa yang ia pendam selama ini yang orang lain belum mengetahuinya.
- c. Selanjutnya subjek secara mandiri mampu untuk terbuka terhadap pengalamannya terkait perasaan bersalah dan perasaan belum bisa membahagiakan keluarga.
  - d. Subjek mampu melakukan *self-insight* dalam menyelesaikan permasalahannya. Subjek akhirnya bisa menerima untuk bekerja seadanya di Malang atau di dekat rumah, karena yang terpenting menurut subjek untuk saat ini adalah supaya bisa selalu bersama Anaknya.

### Ucapan Terima Kasih

Puji dan syukur *alhamdulillahirabbil'alamin* senantiasa penulis panjatkan kehadiran Allah S.W.T. yang selalu memberikan tuntunan berupa Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini. Sholawat serta salam senantiasa penulis haturkan kehadiran Nabi Muhammad S.A.W. yang senantiasa kita nantikan syafa'atnya kelak di hari akhir.

Karya ini tidak akan pernah ada tanpa bantuan dari berbagai pihak yang telah terlibat. Untuk itu dengan segala kerendahan hati, penulis mengucapkan rasa terimakasih yang setinggi-tingginya kepada:

1. Dr. Mulyanto Nugroho, MM., CMA., CPA, selaku Rektor Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya.
2. Dr. Suroso, MS, Psikolog, selaku Dekan Fakultas Psikologi Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya.
3. Dr. IGAA Noviekayati, MSi, Psikolog, selaku Ketua Program Magister Psikologi Profesi Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya.
4. Dra. Tatik Meiyuntari, M.Kes, selaku dosen pembimbing Praktik Kerja Psikologi Profesi.
5. Dyan Evita Santi, S.Psi, M.Psi, Psikolog, selaku dosen pengampu Mata Kuliah Teknik Penulisan Karya Ilmiah.
6. dr. Siti Khalimah, Sp.KJ, MARS, selaku Direktur Utama RSJ Dr. Radjiman Wediodinigrat Lawang.
7. Yuni Hermawaty, M.Psi, Psikolog, selaku supervisor psikolog RSJ Dr. Radjiman Wediodinigrat Lawang.
8. Bapak Sisworo, Ibu Suparti, Mas Dani Istianto, Mbak Nur Intan Megawati, serta seluruh keluarga yang selalu memberikan do'a, memberi semangat dan motivasi, serta tak pernah lelah dalam mendidik dan memberi cinta dan kasih yang tulus serta ikhlas kepada penulis sampai saat ini.
9. Seluruh sivitas akademika Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya, terutama untuk seluruh dosen, terimakasih atas segala ilmu dan bimbingannya.
10. Seluruh pegawai RSJ Dr. Radjiman Wediodinigrat Lawang, terutama untuk seluruh perawat dan pegawai Ruang Rawat Inap Jalak, terimakasih atas segala ilmu dan bimbingannya.
11. Subjek penelitian dan keluarga yang telah merelawan bantuan pikiran, waktu dan tenaganya selama proses pembuatan penelitian.
12. Seluruh teman-teman angkatan 24 Magister Psikologi Profesi Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya.
13. Seluruh pihak yang ikut membantu dalam menyelesaikan skripsi ini baik moril maupun materiil.

Akhirnya penulis berharap semoga penelitian ini bisa bermanfaat bagi khususnya penulis dan umumnya bagi pembaca.

### Daftar Pustaka

- [1]. Kementerian Kesehatan. 2019. Peran Keluarga Dukung Kesehatan Jiwa Masyarakat. <http://www.depkes.go.id/article/print/16100700005/peran-keluarga-dukung-kesehatan-jiwa-masyarakat.html>, diakses tanggal 02 Oktober 2019.
- [2]. Kementerian Kesehatan. 2018. Potret Sehat Indonesia dari Riskesdas 2018. <http://www.depkes.go.id/article/view/18110200003/potret-sehat-indonesia-dari-riskesdas-2018.html>, di akses tanggal 02 Oktober 2019.
- [3]. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2015. *Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa*. Nomor HK.02.02/MENKES/73/2015.
- [4]. Kaplan H.I., Sadock B.J., dan Grebb J.A. 2010. *Sinopsis Psikiatri*, Jilid II. Tangerang: Binarupa Aksara.
- [5]. Maslim, R. 2013. *Diagnosis Gangguan Jiwa (Rujukan dari PPDGJ III dan DSM 5)*. Jakarta: PT. Nuh Jaya.
- [6]. Corey, G. 2013. *Teori dan praktek konseling & psikoterapi*. (penterjemah. E. Koswara). Bandung: Refika Aditama.
- [7]. Schultz, D. P. 2016. *Teori Kepribadian*. Jakarta: Aditya Kartika Putra.
- [8]. Prihatsari, Unika, Suryanto dan Wiwin Hendriani. 2018. *Menggunakan Studi Kasus sebagai Metode Ilmiah dalam Psikologi*. Buletin Psikologi, Vol. 26, No.2, 126 – 136. DOI: 10.22146/buletinpsikologi.38895
- [9]. Yin, R. K. 2002. *Case study research: Design and methods* (2rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- [10]. Moleong, J. L. 2014. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- [11]. Gibbard, I. & Hanley, T. 2008. *A five-year evaluation of the effectiveness of person-centred counselling in routine clinical practice in primary care*. Counselling and Psychotherapy Research, 8, 4, 215-222. DOI: 10.1080/14733140802305440.
- [12]. Traynor, Wendy, Elliott, Robert, Cooper & Mick. 2011. *Helpful factors and outcomes in person centered therapy with clients who experience psychotic processes: therapists' perspectives*. Person-Centered and Experiential Psychotherapies. 1-35. ISSN 1477-9757.
- [13]. Rahmah, Hardiyanti dan Nida Hasani. 2016. *Konseling Client-Centered untuk Meningkatkan Kesadaran Berobat pada Penderita Skizofrenia*. Seminar ASEAN ke 2 Psychology & Humanity – Psychology Forum UMM, 19 – 20 Februari 2016.

# PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY* TERHADAP PENURUNAN TINGKAT KEKAMBUHAN HALUSINASI PADA PASIEN HALUSINASI DENGAR

## *The Effect of Cognitive Behavior Therapy on Decreasing Levels of Hallucinations Recurrence in Hearing Hallucinations Patient*

Claudia Wuri Prihandini<sup>1</sup>, Ni Komang Matalia Gandari<sup>2</sup>, Ni Wayan Bunter<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Departemen Keperawatan Jiwa, STIKES Bina Usada Bali, Badung, Bali, Indonesia

<sup>21</sup>Departemen Keperawatan Komunitas Keluarga dan Gerontik, STIKES Bina Usada Bali, Badung, Bali, Indonesia

<sup>2</sup>Mahasiswa Sarjana Keperawatan, STIKES Bina Usada Bali, Badung, Bali, Indonesia

Korespondensi : [claudiaprihandini@gmail.com](mailto:claudiaprihandini@gmail.com)

### ABSTRAK

Halusinasi adalah merasakan segala sesuatu dalam keadaan sadar yang tampak nyata, namun sebenarnya hanya diciptakan oleh persepsi pikiran sendiri. Pasien dengan halusinasi pendengaran jika tidak segera ditangani akan berakibat kehilangan kontrol seperti bunuh diri, membunuh, bahkan merusak lingkungan. Terapi keperawatan yang direkomendasikan adalah *Cognitive Behaviour Therapy (CBT)*. Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh CBT terhadap penurunan tingkat kekambuhan halusinasi pada pasien halusinasi dengar. Penelitian ini menggunakan desain *one group pre test post test* dengan jumlah sampel sebanyak 63 orang dengan menggunakan teknik sampling *purposive*. Instrumen untuk mengumpulkan data menggunakan instrumen *Psychotic Syndrome Rating Scale*. Data dianalisis dengan uji *paired-t*. Berdasarkan hasil penelitian diatas dapat disimpulkan pemberian terapi CBT memberi pengaruh yang signifikan secara statistik terhadap tingkat kekambuhan halusinasi pada pasien dengan halusinasi dengar dengan nilai signifikansi sebesar 0,000.

**Kata kunci** : *cognitive behavior therapy*; halusinasi; tingkat kekambuhan

### ABSTRACT

*Hallucinations are the feeling of everything in a conscious state that identified as real experience, however, it is actually only created by the perception of the mind itself. If patients with auditory hallucinations were not treated immediately it will lead to suicide, murder, and environmental suspect. The nursing therapy which is recommended in an effort to overcome hallucinations is Cognitive Behavior Therapy (CBT). The purpose of this study is to determine the effect of CBT on reducing the level of hallucinatory recurrence in hearing hallucinatory patients. This study applied one group pre test post test design, which is with a sample of 63 people using purposive sampling. Data were collected by using the Psychotic Syndrome Rating Scale instrument. Following this, data were analyzed by the paired t-test. According to the results of the study and analysis, it can be concluded that the provision of CBT therapy has significantly influenced the level of recurrence of hallucinations on patients with auditory hallucinations with a significance value 0,000.*

**Keywords** : *cognitive behavior therapy (CBT)*; hallucinations; recurrence

## PENDAHULUAN

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) tahun 2017, diperkirakan 300 juta orang mengalami depresi, 60 juta orang mengalami bipolar, 21 juta orang mengalami masalah psikosis dan skizofrenia (WHO, 2017). Hal ini menunjukkan bahwa masalah gangguan jiwa di dunia ini sudah menjadi masalah yang semakin serius dengan terus bertambahnya prevalensi gangguan kejiwaan. Yosep (2009) mengatakan lebih dari 90% pasien dengan skizofrenia mengalami halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman dan pengecapan. Halusinasi merupakan sebuah bentuk keadaan yang merasakan segala sesuatu tampak nyata, namun sebenarnya hanya diciptakan oleh persepsi pikiran sendiri (Beck, 2011). Halusinasi merupakan perubahan sensori dimana pasien merasakan sensasi yang tidak ada berupa suara, penglihatan, pengecapan dan perabaan (Damaiyanti & Iskandar, 2012).

Halusinasi pendengaran sangat umum terjadi pada penderita skizofrenia (Adrian, 2016). Halusinasi dengar juga dapat terjadi pada penderita gangguan mental lain seperti gangguan bipolar, gangguan kepribadian ambang, depresi berat dengan gangguan stress pascatrauma (Yosep, 2009). Kondisi skizofrenia mempengaruhi otak sebagai bentuk dari psikosa fungsional yang menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, perilaku aneh dan terganggu. Gangguan ini mengakibatkan disharmoni antara proses pikir, afek, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan terutama karena waham dan halusinasi, yang mengakibatkan timbul inkoherensi (Stuart & Laraia, 2009).

Orang dengan masalah halusinasi pendengaran jika tidak segera ditangani akan memberi dampak yang sangat buruk bagi dirinya sendiri, orang lain, atau lingkungan sekitarnya. Pasien akan mengalami panik dan dikendalikan oleh halusinasinya. Pada situasi ini pasien dapat mengalami resiko bunuh diri (*suicide*), membunuh orang lain (*homicide*), bahkan merusak lingkungan. Untuk mengurangi gejala dapat dilakukan intervensi berupa *cognitive behavior therapy* (CBT) (Komalasari, Wahyuni, & Karsih, 2011).

CBT merupakan sebuah terapi yang digunakan untuk memodifikasi fungsi berpikir dan bertindak yang menekankan pada peran otak dalam menganalisa, bertanya, berbuat dan memutuskan kembali serta merubah status pikiran dan perasaan. Pemberian CBT dilakukan oleh psikiater dan perawat jiwa yang telah tersertifikasi. Pemberian CBT terbukti memberikan perubahan pada pasien dengan halusinasi dan waham (Kaplan & Saddock, 2010). Keefektifan terapi ini telah dibuktikan penelitian Granholm, Holden, Link, & McQuaid (2014), mengungkapkan bahwa dengan CBT pada pasien skizofrenia kronis dapat mengurangi halusinasi dan juga delusi. CBT dapat memperkuat keyakinan dan kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi secara konsisten melalui strategi koping yang baik (Sarandria, 2012).

## TUJUAN PENELITIAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh *cognitive behavior therapy* terhadap penurunan tingkat kekambuhan halusinasi pada pasien halusinasi dengar.

## METODE PENELITIAN

### *Desain*

Desain penelitian yang digunakan sebagai adalah *one group pre test post test*.

### *Populasi dan Sampel*

Populasi penelitian ini adalah semua pasien dengan halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Angkatan Darat Udayana sebanyak 75 orang. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 63 orang, dengan kriteria bersedia diteliti; pasien yang belum pernah mendapatkan terapi CBT. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive*.

### *Tempat dan Waktu Penelitian*

Penelitian ini dilakukan Poliklinik Jiwa RSAD Udayana pada bulan November 2018 sampai dengan Februari 2019.

*Intervensi*

Intervensi pada penelitian ini yaitu dengan memberikan perlakuan CBT dimana tindakan ini dilakukan selama 8 sesi. Sesi 1 mengkaji pemicu halusinasi, sesi 2 mengontrol halusinasi, sesi 3-5 melatih Teknik yang sudah diberikan, sesi 6-7 tentang *self control desensitisasi* dan sesi 8 melakukan relaksasi. Masing-masing sesi dilakukan setiap seminggu sekali dan lama tiap sesi adalah 1,5 jam.

*Instrumen dan Prosedur Pengukuran*

Peneliti berpedoman dengan *standar operating procedure* CBT ketika memberikan perlakuan kepada responden.

Setelah diberikan intervensi selama 8 sesi, peneliti memberikan skoring 1-10 pada intensitas kekambuhan yang muncul dengan menggunakan instrument kuisioner *Psychotic Syndrome Rating Scale* (PSYRAT).

*Analisa Data*

Analisa univariat dilakukan pada data karakteristik demografi responden. Analisa bivariat dilakukan dengan menggunakan *paired t-test*.

**HASIL PENELITIAN**

Berikut ini akan dijelaskan hasil pengumpulan data penelitian yang telah dilakukan selama 8 minggu, yaitu:

**Tabel 1.**  
Karakteristik Responden (n=63)

Variabel	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Usia		
< 25 tahun	14	18
25-35 tahun	16	21
35-45 tahun	20	26
45-55 tahun	18	24
>55 tahun	8	11
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	38	50
Perempuan	38	50
Pendidikan		
Tidak Sekolah	3	4
SD	15	20
SMP	20	26
SMA/SMK	32	42
Perguruan Tinggi	6	8
Status Perkawinan		
Belum Kawin	22	29
Kawin	49	64
Cerai Hidup	3	4
Cerai Mati	2	3
Status Pekerjaan		
Tidak Bekerja	38	50
Bekerja	38	50

Berdasarkan tabel 1, menunjukkan kelompok umur responden dengan frekuensi terbanyak ada pada kelompok umur 35-45 tahun yaitu sebanyak 20 orang (26%). Jumlah responden dalam penelitian ini berdasarkan jenis kelamin laki-laki dan perempuan masing-masing berjumlah 38

orang (50%). Latar belakang pendidikan responden sebagian besar menyelesaikan pendidikan SMA/SMK sebanyak 32 orang (42%). Berdasarkan status perkawinan maka diperoleh karakteristik responden dengan halusinasi pendengaran pada penelitian ini didominasi status kawin 49 orang (64%).

Status pekerjaan pada penelitian ini berjumlah seimbang antara responden dengan yang tidak bekerja dan yang bekerja yaitu masing-masing berjumlah 38 orang (50%).

**Tabel 2.**

Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* Terhadap Penurunan Tingkat Kekambuhan Halusinasi Pada Pasien Halusinasi Dengar (n=63)

Variabel	T-Hitung	P-Value
Rata-Rata Perbedaan Halusinasi Dengar Sebelum-Setelah diberikan CBT	16.21	0.000

Hasil uji *paired-t* pada nilai *delta* rata-rata perbedaan halusinasi dengar sebelum-setelah diberikan CBT menunjukkan nilai tsebesar 16.21 dengan nilai  $p = 0.000$  ( $\alpha < 0.05$ ). Dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh pemberian CBT terhadap penurunan kekambuhan halusinasi dengar.

## PEMBAHASAN

Hasil penelitian yang dilakukan pada 76 orang responden diperoleh hasil setelah diberikan CBT menunjukkan sebagian besar pasien mengalami tingkat kekambuhan rendah sebanyak 62 pasien dengan persentase 81,58%. Hasil uji t berpasangan diperoleh nilai  $p = 0,000$  ( $P < 0,05$ ). Dalam beberapa penelitian yang telah dilakukan sebelumnya diperoleh bahwa ada pengaruh yang cukup signifikan antara penurunan tingkat kekambuhan halusinasi dengan pemberian CBT. Penelitian Sarandria (2012), menunjukkan adanya perbedaan peningkatan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi yang bermakna antara kelompok yang mendapat dan tidak mendapat CBT ( $p\text{-value} < 0,05$ ). Halusinasi menurun secara bermakna pada kelompok yang mendapat CBT ( $p\text{-value} < 0,05$ ).

Studi pendahuluan yang dilakukan oleh Somers & Queree (2007) di *Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation*, menguji kelayakan dan efek intervensi CBT menunjukkan tingkat kesembuhan peserta yang tinggi dengan program ini ditemukan, dengan sebagian

besar melaporkan bahwa program itu menarik dan membantu mereka mengelola gejalanya. Tujuh belas peserta (81%) menyelesaikan lebih dari 50% dari sesi program yang dijadwalkan (6 sesi atau lebih) dan telah ditandai sebagai terdampak untuk program ini. Peserta yang terkena menunjukkan penurunan yang signifikan secara statistik pasca perawatan halusinasi pendengaran. Keefektifan terapi ini telah dibuktikan penelitian Granholm et al. (2014), yang mengungkapkan bahwa dengan pemberian CBT pada pasien skizofrenia kronis dapat meningkatkan kemampuan koping, mengevaluasi pengalaman yang salah, pencapaian kognitif insight yang baik, meningkatkan fungsi sosial. Selain itu CBT juga telah terbukti efektif dalam mengobati gejala positif akibat resistennya individu terhadap obat-obatan skizofrenia. Selain itu, CBT juga memberi manfaat dan efek yang positif dalam menurunkan kejadian kekambuhan pada pasien gangguan jiwa.

## KESIMPULAN

### *Implikasi*

Penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan terhadap penurunan tingkat kekambuhan halusinasi dengar. Pemberian terapi CBT dapat menjadi salah satu alternatif terapi modalitas dalam keperawatan jiwa untuk menurunkan angka kekambuhan masalah halusinasi pendengaran.

### *Keterbatasan*

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah dimana peneliti tidak memandang penyebab kekambuhan yang pasien alami. Ada beberapa pasien kambuh disebabkan oleh perilaku minum obat yang tidak teratur dan keluarga belum mampu merawat pasien dengan benar.

## DAFTAR PUSTAKA

Adrian. (2016). *Perbedaan Tingkat Depresi Remaja Awal Ditinjau Dari Jenis Humor Yang Digunakan*. Universitas Kristen Satya Wacana. Retrieved from [https://repository.uksw.edu/bitstream/123456789/802010011\\_Full text.pdf](https://repository.uksw.edu/bitstream/123456789/802010011_Full text.pdf)

- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behaviour Therapy : Basic and Beyond* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Damaiyanti, M., & Iskandar. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.
- Granholtm, E., Holden, J., Link, P. C., & McQuaid, J. R. (2014). Randomized Clinical Trial of Cognitive Behavioral Social Skills Training for Schizophrenia: Improvement in Functioning and Experiential Negative Symptoms. *J Consult Clin Psychol*, 82(6), 1173–1185. <https://doi.org/10.1037/a0037098>. Randomized
- Kaplan, H. I., & Saddock, B. J. (2010). *Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis*. Tangerang: Bina Rupa.
- Komalasari, G., Wahyuni, E., & Karsih. (2011). *Teori dan Teknik Konseling*. Jakarta: PT Indeks.
- Sarandria. (2012). *Efektifitas Cognitive Behavioural Therapy (CBT) Untuk Meningkatkan Self Esteem Pada Dewasa Muda*. Universitas Indonesia.
- Somers, J., & Queree, M. (2007). *Core information document on cognitive-behavioral therapy*. Vancouver: Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction (CARMHA) at Simon Fraser University.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (8th ed.). Missouri: Mosby, Inc.
- WHO. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. Geneva. Retrieved from [https://www.who.int/mental\\_health/management/depression/prevalence\\_global\\_health\\_estimates/en/](https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/)
- Yosep, I. (2009). *Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.

## Pengalaman Keluarga Merawat Pasien Halusinasi Pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Jambi

Vevi Suryenti Putri<sup>1</sup>, Mustikasari<sup>2</sup>, Renidayati<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Megister Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa Universitas Andalas

<sup>2</sup>Staf Pengajar Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia

<sup>3</sup>Staf Pengajar Fakultas Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Correspondence email: vevisuryentiputri.2010@gmail.com

**Abstrak.** Tujuan dalam penelitian ini untuk mengetahui pengalaman keluarga merawat halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Jambi. Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian kualitatif dengan studi fenomenologi deskriptif. Partisipan dalam penelitian ini adalah anggota keluarga inti yang melakukan perawatan pada keluarganya yang menderita halusinasi pendengaran yang telah dipilih sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan yaitu berjumlah 7 partisipan. Metode pengambilan sampel dengan *purposive sampling* dengan analisa data metode Colaizzi. Uji data dengan menggunakan *Credibility* dengan *membercheck*, *Transferability*, *Dependability*, *Comfirmability*. Penelitian mendapatkan hasil empat tema yaitu: 1) Jenis perawatan keluarga di rumah, 2) Temuan keluarga dalam merawat, 3) Jenis penyelesaian masalah dalam keluarga 4) Pelayanan yang di dapatkan

**Kata Kunci:** Pengalaman keluarga; halusinasi pendengaran; merawat

**Abstract.** The purpose of this study was to determine the experience of families caring for auditory hallucinations in Jambi Mental Hospital. This type of research is a qualitative research with a descriptive phenomenological study. Participants in this study were nuclear family members who cared for their families suffering from auditory hallucinations that had been selected according to predetermined criteria, totaling 7 participants. The sampling method was purposive sampling with Colaizzi method data analysis. Test data using credibility with member check, transferability, dependability, confirmation. The study obtained the results of four themes, namely: 1) Types of family care at home, 2) Findings of families in caring, 3) Types of problem solving in families 4) Services received

**Keywords:** Family experience; auditory hallucinations; caring

### PENDAHULUAN

Kesehatan jiwa merupakan masalah yang sangat serius dan memerlukan perhatian khusus, salah satu masalah kesehatan jiwa yang paling banyak ditemui adalah skizofrenia dengan masalah keperawatan halusinasi pendengaran. Menurut Townsend (2011), halusinasi merupakan keadaan dimana seseorang mengalami perubahan atau kelainan dalam respons pada setiap stimulus. Klien dengan halusinasi sering mengalami kekambuhan. Beberapa faktor penyebab kekambuhan adalah kegagalan regimen terapi klien yang telah diprogramkan seperti proses pengobatan, peran, motivasi dan dukungan keluarga yang tidak adekuat (Kozier, 2010). Keluarga memberikan sumber daya penting dalam memberikan layanan kesehatan yang efektif, pentingnya keluarga dalam perawatan pasien gangguan jiwa, karena akan membantu memulihkan keadaan penderita, mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan keluarga tersebut sehingga status sehat dan sakit dari anggota keluarga saling mempengaruhi, satu penyakit dalam keluarga akan mempengaruhi seluruh keluarga dan interaksinya. Penelitian Vander (2012), meneliti tentang *A Qualitative Study of Coping with Voices Hearing of People with Schizofrenia in Hong Kong*, menjelaskan bahwa elemen penting terhadap keluarga dalam meningkatkan status kesehatan anggota keluarga yang mengalami halusinasi pendengaran di Hongkong menyatakan bahwa pasien dengan skizofrenia sangat membutuhkan perawatan oleh keluarga dengan baik untuk membantu proses penyembuhan pasien. Pentingnya peranan keluarga dalam proses penyembuhan klien halusinasi

pendengaran akan mempengaruhi proses penyembuhan klien.

### METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi bertujuan untuk mengeksplorasi pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita halusinasi pendengaran. Polit dan Beck (2008), mengidentifikasi fenomena deskriptif dalam empat langkah antara lain: *bracketing*, *intuiting*, *analyzing*, dan *describing*. Pengambilan partisipan dengan cara *purposive sampling* dengan Jumlah partisipan sebanyak 7 orang dengan kriteria keluarga inti yang mempunyai pengalaman merawat anggotanya yang menderita halusinasi, Keluarga inti yang tinggal bersama anggota keluarga dengan halusinasi dan memiliki pengalaman dalam data dengan menggunakan *Credibility* analisa data metode Colaizzi. Uji data dengan menggunakan *Credibility* dengan *membercheck*, *Transferability*, *Dependability*, *Comfirmability*.

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil dari penelitian dapatkan empat tema antara lain: 1) **Jenis Perawatan halusinasi pendengaran yang keluarga di rumah** 2) Temuan keluarga dalam merawat, 3) Jenis penyelesaian masalah dalam keluarga 4) Pelayanan yang di dapatkan

**Tema 1. Jenis Perawatan halusinasi pendengaran yang keluarga di rumah**

Tiga pernyataan dari partisipan:

*".....makannya saya sendiri yang ngasih, ngurusin pakaiannya, mandi harus selalu diingatin, waduh buk saya benar-benar berusaha untuk dia....."(P4)*

*".....sekarang ini kontrol terus setiap bulan, saya ini lah buk yang ngambilin obat terus karena keluarga lain tidak ada bu, bapak saya kerja....."(P2)*

*".....sekarang ini kan dia sudah tenang buk, jadi saya suruh dia belanja ke warung, beli miwon jadilah atau beli garam, yang penting dia ada interaksi dengan orang lain, biar tidak kaku di rumah....."(P6)*

### **Tema 2: Temuan keluarga dalam merawat**

*".....saya itu buk masalah uang untuk berobat, untuk ongkos angkotlah buk saya sediakan dari uang makan kami, ya kadang-kadang makan tidak cukup, seadanya, yang penting bagi saya obatnya ada....."(P4)*

*".....saya rasa orang Jambi ni susah nerima orang sakit jiwa ini bu, ada yang ngejek, ada juga la yang tidak, kan tidak semua buk...."(P7)*

*".....kadang kami pulang kerja tu kesal juga mbak melihat anak itu banyak perangai dan setelah aku marah baru aku sadar ya Allah beri aku kesabaran...."(P1)*

### **Tema 3: Jenis penyelesaian masalah daam keluarga**

*".....di bawa kerumah sakit, kalau-kalau ada gangguan jiwa katanya, makanya kami bawa berobat kesini bu, dirawat dulu enam bulan, sudah sehat dari sini dirawat dirumah lagi, sekarang ini kontrol terus setiap bulan....."(P1)*

*".....usaha lain juga buk di bawa ke pengobatan alternatif yang di Mayang, dibekam la disitu, aduh sudah macam-macam la buk sejak enam taun ni usaha kami untuk A ni biar sehat....."(P5)*

### **Tema 4: Pelayanan yang di dapatkan**

Pelayanan yang di dapatkan keluarga dalam merawat halusinasi pendengaran dapat dilihat dalam ungkapan dari dua partisipan dibawah ini:

*"..... Rumah Sakit ini membuat kami merasa terbantu....."(P3)*

*".....kadang puskesmas juga bisa ambil obat, tapi paling enak tu di Rumah Sakit....."(P5)*

## **Pembahasan**

### **Tema 1: Jenis Perawatan halusinasi pendengaran yang keluarga di rumah**

Perawatan pada pasien halusinasi pendengaran dilakukan oleh keluarga inti seperti suami/istri, kakak kandung/ adik kandung. Shives (2012), menjelaskan bahwa keluarga merupakan sekelompok individu yang

saling berinteraksi, memberikan dukungan dan saling mempengaruhi satu sama lain. Menurut hasil dari penelitian membuktikan bahwa bantuan keluarga dapat mempercepat proses pengobatan pasien halusinasi pendengaran. Julianti (2013), dalam penelitiannya menyatakan bahwa yang melakukan perawatan pada anggota keluarga yang sakit adalah anggota keluarga itu sendiri sehingga yang berperan sebagai *caregiver* adalah anggota keluarga inti. Menurut Butar (2012), keluarga harus berperan aktif dalam pengawasan minum obat pasien supaya pasien patuh dalam mengkonsumsi obat terutama pada penyakit menahun seperti skizofrenia. keluarga membantu pasien dalam bersosialisasi dengan lingkungan. Menurut Agung (2010), dalam penelitiannya mengatakan frekuensi kekambuhan pasien sangat tergantung pada keluarga dalam mengaplikasikan program rawat jalan

Adanya hasil penelitian ini diharapkan kepada perawat jiwa agar memaksimalkan program edukasi pada keluarga pasien terkait dengan membantu bersosialisasi dengan lingkungan karena jika pasien selalu berada di dalam rumah, maka akan sulit bagi pasien dan keluarga dalam melakukan proses penyembuhan dikhawatirkan pasien akan semakin menarik diri dan sulit untuk berinteraksi dengan orang lain.

### **Tema 2: Temuan keluarga dalam merawat**

Keluarga mengemukakan temuan dalam merawat anggotanya yang menderita halusinasi seperti yang diungkapkan oleh partisipan dalam penelitian ini yaitu terkait dengan masalah dalam keuangan, stigma masyarakat pada keluarga gangguan jiwa, masalah emosional dalam merawat. Berdasarkan penelitian Muesser & Gingerich (2006), dengan judul *the Complete Family Guide to Skizofrenia in New York*, menjelaskan dalam penelitiannya mengatakan bahwa anggota keluarga dengan skizofrenia akan menjadi masalah finansial bagi keluarga yang lain sehingga anggota keluarga tersebut akan menjadi terbebani dalam kehidupan sehari-hari. Di dukung oleh hasil penelitian Guraj, G.P, Boda, M.S, Reddy (2008), dengan judul *Family Burden, Quality of Life and Disability in Obsesive Compulsive Disorder in Indian*, enam dimensi beban keluarga dengan skizofrenia, dimana faktor finansial menempati masalah yang paling berat yang dirasakan oleh keluarga dalam melakukan perawatan. Menurut Maglaya (2009), masalah yang diterima keluarga terkait dengan stigma dari keluarga atau masyarakat dimana keluarga harus memiliki kemampuan tentang cara merawat klien. Seperti yang diungkapkan oleh patisipan tiga (P3) dalam penelitian ini bahwa terkadang masyarakat bahkan keluarga sendiri yang menyalahkan pihak keluarga yang merawat tanpa memikirkan usaha yang telah dilakukan keluarga dan tanpa menimbang perasaan anggota keluarga itu sendiri. Selain itu masalah psikologis yang dirasakan anggota keluarga seperti perasaan kehilangan, sedih, malu, stres menghadapi gangguan perilaku dan frustrasi akibat perubahan pola komunikasi dalam keluarga WHO (2010)

### **Tema 3: Jenis penyelesaian masalah dalam keluarga**

Berbagai permasalahan yang dirasakan partisipan selama merawat anggota keluarga dengan halusinasi pendengaran, namun setiap permasalahan yang dialami selalu mempunyai jalan keluar dalam menyelesaikannya.

Bantuan medis yang dilakukan oleh keluarga terkait dengan bantuan tenaga kesehatan dan bantuan pelayanan kesehatan. Selain mencari bantuan medis, keluarga juga telah berusaha dalam mencari pertolongan non medis, hal ini dilakukan keluarga karena awalnya tidak mengetahui dan tidak meyakini bahwa pasien menderita gangguan kejiwaan.

Menurut Keliat (2011), Tindakan keperawatan halusinasi pada anggota keluarga di rumah yaitu keluarga mengenal masalah merawat pasien halusinasi di rumah seperti keluarga merawat pasien dengan halusinasi, keluarga menciptakan lingkungan yang nyaman untuk klien dengan halusinasi, keluarga mengenal tanda dan gejala kambuh ulang, keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Menurut Napoleon (2010), upaya keluarga dalam menangani anggota keluarga yang sakit dengan cara mencari bantuan dari pihak tenaga alternatif seperti paranormal, tabib dan orang-orang pintar yang dianggap mampu menyelesaikan permasalahan yang dirasakan anggota keluarga.

Hasil penelitian ini dapat disimpulkan apapun upaya yang telah dilakukan keluarga seperti mencari bantuan tenaga kesehatan maupun bantuan tenaga alternatif lainnya didasarkan oleh pengalaman keluarga dan pengalaman masyarakat yang ada sebelumnya dan disertai dengan keyakinan akan mendapatkan pertolongan.

### **Tema 4: Pelayanan yang di dapatkan**

Menurut ungkapan dari empat partisipan, pelayanan kesehatan seperti peningkatan pelayanan kesehatan yang lebih baik dari yang sekarang dalam hal ini perawat agar selalu melayani dengan senyuman, dan pihak pemberi pelayanan kesehatan bersedia untuk memberikan motivasi baik pada pasien maupun keluarga dengan melakukan kunjungan rumah, selain itu keluarga juga mengharapkan agar selalu mendapatkan bantuan pengobatan dari pemerintah dalam biaya pengobatan.

Selain itu kunjungan kerumah keluarga yang dilakukan oleh perawat akan sangat membantu proses penyembuhan klien, namun keterbatasan dari tenaga kesehatan yang membuat kunjungan rumah ini belum berjalan sebagaimana semestinya. Keterbatasan dari tenaga kesehatan dan dana juga dapat diatasi dengan pembentukan kader kesehatan jiwa di masyarakat, yang dibentuk melalui peran serta perawat jiwa komunitas (*Community Mental Health Nursing*) (Keliat, 2010: Depkes, 2010)

Beberapa asumsi peneliti rangkum dalam hal ini bahwa harapan yang benar-benar diharapkan oleh pihak keluarga pada pemberi pelayanan kesehatan adalah adanya jadwal kunjungan rumah satu bulan sekali untuk mengontrol proses perawatan dan pengobatan. Tentunya harapan pada pemerintah adanya bantuan biaya pengobatan dan perawatan pada keluarga yang menderita halusinasi.

### **SIMPULAN**

Pentingnya deteksi dini masalah kambuh pada gangguan jiwa untuk menekan angka kekambuhan melalui peran tenaga kesehatan, kader, dan melibatkan keluarga.

### **Saran**

Bagi tenaga kesehatan tentunya sangat diperlukan kunjungan rumah bagi keluarga yang anggota keluarganya menderita gangguan jiwa minimal 1 bulan sekali.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- Agung, P (2010). *Faktor- Faktor Yang Berhubungan Dengan Kekambuhan Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta*. Jurnal Keperawatan Vol. 1 No.1
- Butar, B.O.D (2012) *Hubungan Pengetahuan Keluarga dengan Tingkat Kepatuhan Pasien Skizofrenia di Sumatera Utara*. Di unduh melalui <http://respiratory.usu.ac.id>. Di akses pada tanggal 15 September 2015
- Froggatt, W (2005). A Brief Introduction To Rational Emotive Behaviour Therapy, *Journal Of Rational Emotive Behaviour Therapy*. Diakses pada tanggal 29 Juli 2015
- Friedman. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori dan Praktek*. Edisi 5. EGC.Jakarta
- Greenberg, Kim, Greenley (1997). *Family Responses from Westernized Countries: The Online Journal Of Issue in Nursing*. Diunduh melalui <http://www.nursingworld.org/>.
- Issaacs, A. (2005). *Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikiatri*. Edisi 3. Jakarta: EGC
- Julianti (2013). *Pengalaman Caregiver Dalam Merawat Pasien di Rumah di Tangerang Selatan*.
- Kaplan & Saddock (2010). *Buku Ajar Psikiatrik Klinis*. Jakarta. EGC
- Keliat, B.A. (2011). *Proses Keperawatan Jiwa Dalam Konteks Keluarga*. Jakarta: EGC
- Kozier, Erb (2010). *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis*. Jakarta: EGC
- Napolion, K (2010). *Studi Fenomenologi: Pengalaman Keluarga Merawat Anak Dengan Tunagrahita di Kecamatan Bogor Barat*. Tesis, FIK UI. Diakses pada tanggal 2 Agustus 2015.
- Polit, D. F & Beck, C. T (2008). *Nursing Research Principles And Methods*. Philadelphia: Lipincott Williams and Wilkins
- Potter, P. A & Perry, A.G. (2005). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Proses, and Pracice*. (4 th Ed). Philadelphia: Mosby-Years Book-inc
- Shives, R.L. (2012). *Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing*. (8 th Ed). Wolters Kluwer. Longwood. Florida
- Stuart, G.W & Laraia, M. T (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (8 th Ed). St. Louis: Mosby
- Towsend, C.M. (2011). *Essentials Of Psychiatric Mental Health Nursing*. (5 th Ed). Philadelphia: F.A. Davis Company
- Vanders, S.& Vandeveld (2012). *Recovering From Hallusinations: A Qualitative Study of Coping with Voices Hearing of People with Schizofrenia in*

*Hongkong*. The Scientific Wold Journal. Vol. 2012.

ID 232619, 8 Pages

World Health Organization (2010). *Schizofrenia*.

Diunduh

melalui

[http://www.who.int/mental\\_health/management/schizofrenia/en/](http://www.who.int/mental_health/management/schizofrenia/en/).

# Studi Kasus Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi Pendengaran Tn. R di RSJ Prof.Dr. Soerojo Magelang

Inna Sheli Oktafian Susetyo<sup>1,\*</sup>, Mariah Ulfah<sup>2</sup>, Ita Apriliyani<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup> Program Studi Keperawatan Program Diploma III, Fakultas Kesehatan, Universitas Harapan Bangsa  
<sup>1</sup>innashelios27@gmail.com\*; <sup>2</sup>mariahulfah@uhb.ac.id, <sup>3</sup>itaapriyani@uhb.ac.id

## ABSTRACT

*Mental disorders are individual maladaptive responses in the form of changes in psychological function or behavior that are not in accordance with local norms and local cultures that cause suffering and obstacles in carrying out their social roles. Hallucinations are the absorption (perception) of the five senses without any external stimuli that can cover all the five senses and occur when the individual is fully aware. Disorders of these hallucinations show symptoms, such as the client talking to himself, the eyes look right and left, walking back and forth, often smiling and laughing alone and often hearing voices Auditory hallucinations are the client hearing voices that are clear or unclear, where the voice is can invite clients to talk or do something. Nurses have an important role in providing nursing care to patients with hallucinations due to the many complications that arise when hallucinations in patients are not controlled properly because patients who experience uncontrolled visual and auditory hallucinations will be at risk of injuring themselves, others and the environment. In addition, nurses have duties such as preventing complications, reducing the risks and improving the patient's health comprehensively. In this case study, the subject is Mr. R, the main problem is sensory perception, hallucinations in Mr. R with schizophrenia at Prof. Mental Hospital. Dr. Soerojo Magelang.*

**Keywords: mental disorders, auditory hallucinations**

## ABSTRAK

Gangguan jiwa merupakan respon maladaptif individu berupa perubahan fungsi psikologis atau perilaku yang tidak sesuai dengan norma lokal dan budaya setempat yang menyebabkan timbulnya penderitaan dan hambatan dalam melaksanakan peran sosialnya. Halusinasi adalah penyerapan (persepsi) panca indera tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat meliputi semua panca indera dan terjadi disaat individu sadar penuh. Gangguan dari halusinasi tersebut menunjukkan gejala, seperti klien berbicara sendiri, mata terlihat kekanan dan kekiri, jalan mondar mandir, sering tersenyum dan tertawa sendiri serta sering mendengar suara-suara Halusinasi pendengaran adalah klien mendengar suara-suara yang jelas maupun tidak jelas, dimana suara tersebut bisa mengajak klien berbicara atau melakukan sesuatu. Perawat memiliki peranan penting dalam memberikan asuhan keperawatan pada penderita halusinasi dikarenakan banyaknya komplikasi yang ditimbulkan apabila halusinasi pada pasien tidak terkontrol dengan baik karena pasien yang mengalami halusinasi penglihatan dan pendengaran yang tidak terkontrol akan beresiko dalam mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Selain itu perawat memiliki tugas seperti mencegah terjadinya komplikasi, mengurangi resiko yang ditimbulkan dan dalam meningkatkan kesehatan penderita secara komprehensif. Pada studi kasus ini yang menjadi subjek adalah Tn R masalah utama gangguan sensori persepsi halusinasi pada Tn R dengan skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.

**Kata kunci : gangguan jiwa, halusinasi pendengaran**

## PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hal yang sangat penting dalam kehidupan manusia, karena tanpa kesehatan manusia sulit untuk menjalankan aktivitas. Menurut Undang-Undang No 36 tahun 2009 tentang kesehatan, yang merupakan suatu keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang hidup untuk produktif secara sosial dan ekonomis. Berdasarkan Undang-Undang No. 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa, kesehatan jiwa adalah suatu kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja, secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi pada komunitasnya.

Penderita gangguan dari tahun ke tahun cenderung meningkat seiring dengan perubahan pola kehidupan di era globalisasi saat ini (Hawari, 2014). Gangguan jiwa merupakan respon maladaptif individu berupa perubahan fungsi psikologis atau perilaku yang tidak sesuai dengan norma lokal dan budaya setempat yang menyebabkan timbulnya penderitaan dan hambatan dalam melaksanakan peran sosialnya. Kesehatan jiwa masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang signifikan di dunia, termasuk di Indonesia (Putri, 2012).

Menurut *World Health Organization* (WHO) prevalensi masalah kesehatan jiwa saat ini cukup tinggi, 25% dari penduduk dunia pernah menderita masalah kesehatan jiwa. Salah satu bentuk gangguan jiwa yang terdapat diseluruh dunia adalah gangguan jiwa berat yaitu Skizofrenia (Hawari, 2014). Berdasarkan data WHO tahun 2017 terdapat 21 juta jiwa yang mengalami gangguan jiwa berat seperti skizofrenia, sedangkan di Indonesia tercatat terdapat 400 ribu jiwa penduduk yang mengalami skizofrenia dan 70% diantaranya mengalami halusinasi (Riskesdas, 2018).

Halusinasi adalah penyerapan (persepsi) panca indera tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat meliputi semua panca indera dan terjadi disaat individu sadar penuh (Depkes dalam Dermawan & Rusdi, 2013). Gangguan dari halusinasi tersebut menunjukkan gejala, seperti klien berbicara sendiri, mata terlihat kekanan dan kekiri, jalan mondar mandir, sering tersenyum dan tertawa sendiri serta sering mendengar suara-suara (Hayani, 2012). Halusinasi pendengaran adalah klien mendengar suara-suara yang jelas maupun tidak jelas, dimana suara tersebut bisa mengajak klien berbicara atau melakukan sesuatu.

Halusinasi merupakan suatu proses yang berkaitan erat dengan kepribadian seseorang, karena itu halusinasi selalu dipengaruhi oleh pengalaman-pengalaman psikologi seseorang. Misalnya seseorang yang mengalami stress, rasa bersalah, kesepian yang memuncak dan tidak dapat terselesaikan (Dermawan dan Rusdi, 2013). Hal ini dapat mempengaruhi perilaku *maladaptive* seperti suka menyendiri, tertawa sendiri dan respon verbal yang lambat. Apabila hal tersebut berkelanjutan, seseorang akan menjadi terbiasa dikendalikan halusinasinya dan tidak mampu mematuhi perintah dan bahkan dalam fase yang lebih buruk orang yang mengalami halusinasi dapat berpotensi menjadi perilaku kekerasan bahkan bunuh diri (Yosep, 2016).

Perawat memiliki peranan penting dalam memberikan asuhan keperawatan pada penderita halusinasi dikarenakan pasien yang mengalami halusinasi penglihatan dan pendengaran yang tidak terkontrol akan beresiko dalam mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Selain itu perawat memiliki tugas seperti mencegah terjadinya komplikasi, mengurangi resiko yang ditimbulkan dan dalam meningkatkan kesehatan penderita secara komprehensif. Perawat juga diharapkan dapat memberikan pelayanan yang bersifat promotif dan kolaboratif dengan cara melibatkan anggota keluarga dengan selalu melibatkan/ mengikutsertakan

pasien dalam setiap kegiatan di rumah. Pelayanan kuratif yang dilakukan yaitu dengan rutin melakukan pengobatan/kontrol di Pusat pelayanan kesehatan (Agustina, 2017).

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk membahas lebih mendalam mengenai pembelajaran asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami masalah utama gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Jiwa.

## METODE PENELITIAN

Metode penelitian ini menggunakan metode deskriptif, dengan subjek adalah Tn R yang merupakan pasien RSJ Prof. dr. Soerojo Magelang. Masalah utama gangguan sensori persepsi halusinasi pada Tn R dengan skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.

## HASIL

### 1. Pengkajian

#### a. Riwayat Keperawatan

Klien mengatakan sering mendengar bisikan-bisikan yang menyuruh marah. Keluarga Tn. R mengatakan mengalami perubahan perilaku secara bertahap, mengurung diri dalam kamar, sering mendengar bisikan bisikan menyuruh dirinya untuk marah, menjadi pemarah, mengamuk dan sering membanting barang seperti piring dan mengalami kesulitan tidur khususnya malam hari. Tn. R mengatakan mempunyai riwayat dirawat sekali Rumah Sakit Jiwa tahun 2016 dengan alasan masuk mengalami perubahan perilaku, mengurung diri, pemarah. Tn R mengatakan sudah ada sekitar 5 tahun ditinggal pergi oleh istri dan 1 anaknya

#### b. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik yang telah dilakukan penulis maka diperoleh data bahwa keadaan umum Tn R cukup dengan tanda-tanda vital dalam batas normal yaitu tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 78 x/menit, respirasi 20 x/menit, suhu 36,5°C.

### c. Psikososial

#### 1) Konsep diri

Tn. R adalah laki-laki berumur 36 tahun, bertempat tinggal di Karangmoncol, sudah menikah, memiliki 1 anak. Tn. R mengatakan memiliki riwayat dirawat di Rumah Sakit dan merasa dirinya sudah tidak berguna lagi. Tn. R mensyukuri semua bagian tubuhnya dan menganggap tubuhnya sebagai anugerah dari Allah SWT dan perannya dalam keluarga adalah sebagai ayah yang memiliki 1 orang anak. Tn. R merasa tidak puas sebagai ayah karena selama ini belum bisa membahagiakan keluarga Tn R.

#### 2) Identitas diri

Klien mengetahui bahwa klien bernama Tn. R, klien tinggal bersama kedua orang tua. Sebelum sakit klien berperilaku ramah terhadap tetangga Tn R dan murah senyum. Klien memiliki latar belakang pendidikan SMP. Klien pernah dirawat di Rumah Sakit Jiwa.

#### 3) Peran diri

Klien adalah seorang suami didalam keluarga Tn R. Klien merasa tidak mampu bekerja karena merasa sering mengalami kegagalan.

#### 4) Ideal diri

Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan beraktivitas normal lagi seperti biasanya. Klien merasa minder dan malu pada tetangganya karena sudah pernah dirawat dirumah sakit.

#### 5) Harga diri

Klien mengatakan merasa sudah tidak berguna untuk orang lain

#### 6) Hubungan sosial

Tn. R mengatakan jarang mengikuti organisasi atau kegiatan di masyarakat. Tn. R juga malu dan minder berhubungan dengan orang lain karena memiliki riwayat di rawat Rumah Sakit Jiwa. Tn.R mengatakan orang yang paling berarti adalah anaknya

7) Spiritual

Tn. R mengatakan bahwa keadaan saat ini adalah cobaan dari Allah SWT dan yakin bahwa dia pasti sembuh. Kegiatan ibadah Tn. R sebelum masuk rumah sakit jarang sholat 5 waktu

d. Status Mental

Berdasarkan observasi selama pengkajian didapatkan data bahwa penampilan Tn R terlihat cukup rapi dan pemakaian baju tidak terbalik. Tn R berbicara dengan nada rendah dan kurang dapat dimengerti/ ngelantur dan tidak nyambung jika diajak berbicara, frekuensi, volume dan karakter yang sesuai, meskipun terkadang diselingi dengan mengucapkan bentuk halusinasi (mendengar bisikan untuk marah). Tidak ada aktivitas motorik yang tidak sesuai dengan tindakan klien. Alam perasaan yang dialami klien saat diajak berbicara terlihat tenang namun dapat tiba-tiba sedih karena kehilangan istri dan anaknya. Ekspresi atau reaksi Tn R sesuai dengan topik pembicaraan atau stimulus yang diberikan. Selama wawancara Tn. R kooperatif namun kadang pandangan mata kosong, terlihat bingung, pada saat awal dikaji dan menjawab pertanyaan pengkaji agak lama dengan nada lambat. Tn. R tidak memiliki gangguan persepsi, proses pikir dan waham atau obsesi. Memori jangka Panjang saat dikaji pasien dapat mengingat kejadian 5 tahun silam yaitu saat kehilangan anak dan istrinya.

Klien mendengar bisikan-bisikan yang menyuruhnya untuk marah namun tidak melihat bayangan yang aneh-aneh, frekuensinya lebih dari 10x setiap hari, bisikan muncul kapan saja dan lebih sering saat klien sedang sendiri, Klien merasa takut saat mendengar bisikan-bisikan tersebut. Berdasarkan proses pengkajian, klien tidak mengalami gangguan dalam isi pikirannya. Tingkat kesadaran Tn. K baik, tidak mengalami disorientasi

(waktu, tempat, orang), mampu menyebutkan nama keluarganya, hari dan tanggal serta tempat saat ini dia berada.

Tingkat konsentrasi dan berhitung klien mampu berhitung dari 1-20, klien mampu menghitung sederhana (penjumlahan), konsentrasi klien mudah beralih dari satu topik ke topik yang lain. Tn K dapat mengambil keputusan sederhana dengan bantuan orang lain dan Klien merasa menyesal dengan perbuatannya, klien ingin segera sembuh.

e. Mekanisme Koping

Tn. R mengatakan apabila ada masalah lebih banyak dipendam sendiri dan berusaha menyelesaikan masalahnya sendiri namun apabila sudah marah Tn R mudah untuk mengamuk

f. Masalah Psikososial

Klien jarang berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan rumahnya dikarenakan klien lebih senang di rumah dan merasa tidak nyaman ketika harus berinteraksi dengan tetangganya dan klien mengatakan tidak memiliki masalah dengan pendidikan yang telah dijalani

g. Aspek Medis

Klien mendapatkan mendapatkan terapi medis Clozapine. Phenytoin sodium dan Trifluoperazine Dehydrochloride.

1. Perumusan Masalah

Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil pengkajian maka masalah utama keperawatan yang ditetapkan yaitu Gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran dengan didukung data subjektif Tn R mengatakan halusinasi (mendengar bisikan), datangnya tiba-tiba dan kemudian menghilang sendiri serta frekuensinya sering, Tn R mendengar bisikan muncul saat kapan saja, Tn R mengatakan ada bisikan yang menyuruh untuk marah, Tn R mengatakan merasa takut dengan halusinasinya.

Data Objektif:

Tn R mendengar bisikan-bisikan yang menyuruhnya untuk marah namun tidak melihat bayangan yang aneh-aneh, Tn R emosi apabila mendengar suara-suara, Tn R tampak ketakutan, Frekuensinya lebih dari 10x setiap hari, Bisikan muncul kapan saja dan lebih sering saat klien sedang sendiri.

## 2. Perencanaan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan klien dapat:

- a. Klien dapat membina hubungan saling percaya;
- b. Klien dapat mengenal halusinasi;
- c. Klien dapat mengontrol halusinasi.

SP 1 Klien:

- 1) Bina hubungan saling percaya,
- 2) Identifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan, halusinasi yang dilakukan, akibat dan cara
- 3) Kendalikan halusinasi.
- 4) Masukkan jadwal kegiatan untuk latihan fisik

SP2 Klien:

- 5) Ucapkan salam terapeutik dan mendiskusikan perasaan klien;
- 6) Evaluasi kegiatan latihan fisik;
- 7) Melatih cara mengontrol halusinasi dengan obat;
- 8) Masukkan jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat.

## 3. Evaluasi

Setelah dilakukan implementasi, Klien mengatakan halusinasinya sudah berkurang, klien mengatakan waktu datangnya tidak pasti dan tiba-tiba saja, Klien senang dengan halusinasinya. Data objektif dari klien klien dapat menghardik halusinasi dengan difokuskan. Planning Optimalkan SP I-IV Halusinasi, rencanakan SP keluarga misalnya datangkan keluarga untuk kunjungan dan, anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

## PEMBAHASAN

### 1. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan, penulis mengumpulkan data dengan wawancara kepada klien dan keluarga, mengobservasi secara langsung, status klien dan dari pemeriksaan fisik. Dalam proses pengkajian penulis menemukan sedikit hambatan diantaranya pada saat awal interaksi klien Tn R hanya menjawab dengan suara wajar. Klien mengatakan mendengar bisikan-bisikan untuk marah, datangnya tiba-tiba dan kemudian menghilang sendiri serta frekuensinya sering, Klien mengatakan bisikannya muncul saat kapan saja, Klien mengatakan ada bisikan yang menyuruh untuk marah, Klien mengatakan merasa takut dengan halusinasinya.

Klien berumur 36 tahun, berjenis kelamin laki-laki, dengan diagnose medis halusinasi pendengaran. Hal tersebut berarti bahwa gangguan jiwa terjadi pada individu dalam fase dewasa karena dalam fase dewasa individu mengalami penurunan ketergantungan pada orang tua.

Satu hari sebelum dibawa Tn R mengatakan mengalami perubahan perilaku secara bertahap, mengurung diri dalam kamar, sering mendengar bisikan bisikan menyuruh dirinya untuk marah, menjadi pemarah, mengamuk dan sering membanting barang seperti piring dan mengalami kesulitan tidur khususnya malam hari. Data tersebut menunjukkan Tn R memiliki riwayat halusinasi pendengaran dengan resiko perilaku kekerasan oleh karena itu Tn R beresiko mengalami resiko mencederai diri sendiri dan lingkungan. Sejalan dengan pendapat Kusumawati dan Hartono (2011) halusinasi dengan perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol. Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang. Respon ini dapat menimbulkan

kerugian baik pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditetapkan berdasarkan data subjektif dan objektif pada Tn R yaitu gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran. Hal tersebut sesuai pohon masalah menurut Nina (2015) bahwa cause dari gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran adalah harga diri rendah dan koping individu tidak efektif. Halusinasi merupakan salah satu diagnose yang memiliki resiko lebih tinggi dibandingkan dengan yang lain karena jika klien kambuh dapat membahayakan diri sendiri dan orang lain. Hal tersebut sesuai Pedler dan Boydell dalam Widiastuti (2019) tingkat efektifitas individu dalam melakukan manajemen diri dipengaruhi oleh sejauh mana individu mampu mempertahankan, memelihara, dan mengembangkan empat aspek yang dimiliki oleh seorang yang memiliki manajemen diri yang baik.

## 3. Intervensi

Perencanaan keperawatan meliputi penerapan prioritas masalah, tujuan, dan rencana tindakan keperawatan. Penulis menyusun rencana tindakan pada gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran berdasarkan Strategi Pelaksanaan (SP) yang tujuannya adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama proses keperawatan diharapkan gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran dapat teratasi. Penulis juga melakukan edukasi cara yang tepat untuk menangani klien dengan halusinasi dengan melibatkan berbagai aspek sebagai care giver.

## 4. Implementasi

Implementasi yang dilakukan mengacu pada rencana keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang sudah disusun yaitu penulis melaksanakan tindakan selama 3 x 8 jam. Pada hari pertama penulis membantu klien untuk mendiskusikan

perasaannya saat ini karena untuk membantu klien mengungkapkan perasaan yang sedang dialami agar tidak terakumulasi menjadi perasaan frustrasi dan menarik diri. Hal tersebut sesuai dengan teori menurut Suryaka (2014) yang menyatakan bahwa perasaan frustrasi dapat mendorong individu berperilaku agresif.

Penulis juga melakukan pengajaran cara yang tepat untuk menangani klien dengan halusinasi dengan melibatkan lingkungan sosial sebagai care giver untuk melibatkan klien dalam kegiatan sehari-hari. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nauli (2012) hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi kognitif dan psikoedukasi keluarga pada care giver memberikan pengaruh yang efektif terhadap respon kognitif, afektif dan perilaku kearah yang lebih baik.

Yosep (2014) menyatakan bahwa aktivitas yang dapat dilakukan klien dengan halusinasi seperti membina hubungan saling percaya dan melakukan aktivitas sehari-hari di ruangan. Penulis juga melakukan pengajaran cara yang tepat untuk tidak terbawa suasana (halusinasi yang muncul) dengan cara pemberian terapi aktivitas kelompok.

Dermawan dan Rusdi (2013) berpendapat bahwa dengan membina hubungan saling percaya, kemudian mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien. Selanjutnya membantu klien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, membantu klien memilih kemampuan yang akan dilatih (makan, sholat, berpakaian dan berhias). Selain itu, penulis juga melakukan tindakan keperawatan kepada keluarga supaya keluarga mampu merawat klien dengan harga diri rendah.

Memberikan pengobatan juga penulis lakukan untuk mengobati gangguan mood dan sebagai penenang sesuai dengan teori Yosep (2014) bahwa tindakan psikofarma dapat menenangkan klien risiko perilaku kekerasan. Menentukan apakah klien memiliki alat untuk melaksanakan rencana bunuh diri tujuannya adalah

untuk memastikan klien terhindar dari halusinasi yang muncul karena sesuai dengan teori Yosep (2014) effect dari gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran adalah resiko perilaku kekerasan

Selama pelaksanaan berlangsung, klien selalu kooperatif dengan tindakan yang sudah direncanakan bersama. klien mulai berani menatap lawan bicaranya dan jarang menundukkan kepala. Kendala yang muncul pada saat pelaksanaan tindakan berupa kurangnya keterlibatan keluarga dalam mendampingi berlatih kemampuan yang dimiliki klien. Perawat memotivasi klien dalam melakukan kemampuan-kemampuan yang telah dilatih di rumah sakit.

## 5. Evaluasi

Setelah melakukan implementasi, kemudian dilakukan evaluasi dengan gangguan persepsi sensori halusinasi. Evaluasi dilakukan untuk mengukur tujuan dan kriteria hasil yang sudah tercapai dan yang belum tercapai sehingga dapat menentukan intervensi lebih lanjut. Penulis berpedoman pada teori menurut Moorhead, Johnson, Maas dan Swanson (2015) yaitu menahan diri dari mengumpulkan niat untuk melawan halusinasi, menggunakan strategi koping yang efektif, menggunakan pengobatan yang diresepkan dan berpartisipasi dalam aktivitas yang meningkatkan kesehatan.

Evaluasi dari keluarga yaitu keluarga mampu menjelaskan pengertian dan tanda gejala halusinasi, keluarga mampu merawat klien dengan perilaku kekerasan (memberi pujian, menyediakan fasilitas untuk klien, melatih klien melakukan kemampuan) dan keluarga mampu mempraktekkan langsung kepada klien cara merawat klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi.

## SIMPULAN

Tindakan asuhan keperawatan risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri pada Tn R maka kesimpulan yang diperoleh yaitu:

Hasil pengkajian pada klien didapatkan bahwa klien masuk dalam batasan karakteristik gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran. Klien mengamuk yang disebabkan oleh faktor psikologik. Klien mengatakan mengalami pendengaran yang tidak sesuai dengan keadaan yang nyata.

Diagnosa keperawatan pada Tn R sesuai dengan data subjektif dan objektif klien adalah gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.

Perencanaan tindakan keperawatan disusun menggunakan Strategi Pelaksanaan (SP).

Implementasi yang penulis lakukan pada kedua klien sesuai dengan rencana intervensi yang telah ditetapkan dan disesuaikan dengan keadaan klien seperti membantu klien untuk mengidentifikasi situasi atau perasaan klien, mengajarkan klien untuk menggunakan tingkah laku koping yang efektif, memberikan pengobatan dengan cara yang tepat untuk menurunkan gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan.

Evalusi hasil asuhan keperawatan pada Tn R dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran teratasi sebagian sebagian ditandai dengan, menggunakan strategi koping yang efektif, menggunakan pengobatan yang diresepkan, berpartisipasi dalam aktivitas yang meningkatkan kesehatan. Pada indikator mampu menggunakan strategi koping yang efektif teratasi sebagian.

## SARAN

Setelah dilakukan tindakan keperawatan kepada Tn.R penulis memberikan saran:

Klien mampu mengatasi perasaan yang membuat klien merasa ingin marah dengan cara yang tepat dan dapat mengontrol halusinasinya dengan baik, sehingga tidak melakukan tindakan yang membahayakan bagi dirinya sendiri seperti menyakiti diri, lingkungan dan orang lain.

Keluarga klien diharapkan mampu memberikan dukungan positif serta motivasi dengan sering memperhatikan klien sehingga klien dapat terkontrol terhadap gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran. Setidaknya keluarga ada perhatian untuk kunjungan dengan datangnya keluarga maka akan memberikan stimulus supaya cepat sembuh.

Bagi Institusi: Hasil laporan kasus ini hendaknya dapat dijadikan sebagai referensi bagi dalam pengelolaan asuhan keperawatan jiwa mahasiswa pada klien gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, M. 2017. Tingkat Pengetahuan Pasien Dalam Melakukan Cara Mengontrol Dengan Perilaku Pasien Halusinasi Pendengaran. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia*. Vol 07. No 4 Desember 2017
- Azizah, L. M. 2011. *Keperawatan Jiwa aplikasi praktik klinik*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Dalami, E., Suliswati, Farida, P., Rochimah, & Banon, E. 2014. Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Psikososial. In A. Wijaya (Ed.). Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Dermawan, R., & Rusdi. 2013. *Keperawatan Jiwa: Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Gosyen Publishing
- Direja. A.H. 2011. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha. Medika.
- Hawari, D. 2014. *Psikiatri Manajemen Stress, Cemas & Depresi*. Jakarta: FK UI.
- Hayani, L., Elita, E., Hasanah, O. 2014. Gambaran Pengetahuan Keluarga Tentang Cara merawat Pasien Halusinasi di Rumah. *Jurnal Online Mahasiswa (JOM) Bidang Ilmu Keperawatan*. Vol 1, No. 1
- Keliat, B. A dan Akemat. 2011. *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta : EGC
- Mathafi, Lestari, Puji., Choiriyyah, Zumrotul. 2014. Kecenderungan Atau Sikap Keluarga Penderita Gangguan Jiwa Terhadap Tindakan Pasung (Studi Kasus di RSJ Amino Gondho Hutomo Semarang) *Jurnal Keperawatan Jiwa*. No. 1; 14-23. Semarang: STIKES Ngudi Waluyo
- Nanda International. 2015. *Diagnosis keperawatan : Definisi & klasifikasi 2015- 2017*, Ed.10. Jakarta : EGC
- Nurhalimah. 2016. *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
- Nursalam. 2016. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis*. (P. P. Lestari, Ed.) (4th ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Rahayu, I. T. 2016. *Psikoterapi Perspektif Islam Dan Psikologi Kontemporer*, Malang: UIN Malang Press.
- Riskesdas. 2018. [www.terbitan.litbang.depkes.go.id](http://www.terbitan.litbang.depkes.go.id) diakses pada tanggal 13 Desember 2020
- Sugiyono. 2013. *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Walyani, E. S. 2015. *Pemeriksaan Fisik Dasar Untuk Mahasiswa Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Yosep, I., dan Titin, S. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa (dan Advance mental healyh nursing)*. Bandung: Refika Aditama.
- Yosep, I dan Titin S. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Bandung : PT Refika Aditama
- Yusuf, Ahmad Dkk. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika

Yusnipah, Y. 2012. Tingkat Pengetahuan Keluarga dalam Merawat Pasien Halusinasi di Poliklinik Psikiatri Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor. Skripsi: Ilmu Kperawatan Universitas Indonesia