**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.E DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA DENGAN MASALAH UTAMA GANGGUAN PRESEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN DI RUANG PURI ANGGREK**

**RUMAH SAKIT JIWA MENUR**

**PROVINSI JAWA TIMUR**



**OLEH :**

**UCI KURNIA WULANDARI, S.Kep**

**NIM : 2130043**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2022**

## **KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.E DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA DENGAN MASALAH UTAMA GANGGUAN PRESEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN DI RUANG PURI ANGGREK**

**RUMAH SAKIT JIWA MENUR**

**PROVINSI JAWA TIMUR**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat**

**untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**



**OLEH :**

**UCI KURNIA WULANDARI, S.Kep**

**NIM : 2130043**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2022**

## **SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN**

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.

Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 09 Juli 2022

Penulis,



Uci Kurnia Wulandari, S.Kep

NIM. 2130043

## **HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama | : | Uci Kurnia Wulandari, S.Kep |
| NIM | : | 2130043 |
| Program Studi | : | Pendidikan Profesi Ners |
| Judul | : | Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.E Diagnosa Medis Skizofrenia Dengan Masalah Utama Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran di Ruang Puri Anggrek Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur Kota Surabaya |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **NERS (Ns)** | |
| Surabaya, Juli 2022 | |
| Pembimbing Institusi | Pembimbing Lahan |
|  |  |
| **Ns. Sukma Ayu C. K. M.Kep.,Sp.Kep.J**  **NIP.03.043** | **Subakri S.Kep.,Ns**  **NIP.196911271991011001** |

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : Juli 2022

## **HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Ilmiah Akhir dari :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama | : | Uci Kurnia Wulandari, S.Kep |
| NIM | : | 2130043 |
| Program Studi | : | Pendidikan Profesi Ners |
| Judul | : | Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.E Diagnosa Medis Skizofrenia Dengan Masalah Utama Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran di Ruang Puri Anggrek Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur Kota Surabaya |

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes HangTuah Surabayadan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “ NERS (Ns) “ pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Penguji Ketua** | : | **Dr. A.V. Sri Suhardiningsih,S.Kp.,M.Kes**  **NIP.03.038** |  |
| **Penguji 1** | : | **Ns. Sukma Ayu C. K. M.Kep.,Sp.Kep.J**  **NIP.03.043** |  |
| **Penguji 2** | : | **Subakri, S.Kep.,Ns**  **NIP.196911271991011001** |  |

**Mengetahui,**

**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**STIKES Hang Tuah Surabaya**

**Dr. Hidayatus Sya’diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

**NIP : 03009**

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan ramah dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan waktu yang telah ditentukan. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Profesi Ners.

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

1. Drg. Vitria Dewi, M.Si selaku Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur, yang telah memberi ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
2. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya dan Penguji 1 yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk menyelesaikan pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya. Dengan ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
3. Ibu Dr.Hidayatus Sya’diyah, S.kep.,Ns.,M.Kep selaku Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia
4. Bapak Subakri, S.Kep.,Ns selaku penguji 2 dan pembimbing yang tulus dan ikhlas telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
5. Ibu Ns. Sukma Ayu Candra K,M.Kep.,Sp.Kep.J selaku penguji 1 dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan bimbingan, arahan, dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi – materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya ilmiah akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlals melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.

Selanjutnya penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kirtik senantiasa penulis harapkan. Penulis berharap, semoga karya ilmiah akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, Juli 2022



Penulis

## **DAFTAR ISI**

[HALAMAN JUDUL i](#_Toc108142622)

[SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN ii](#_Toc108142623)

[HALAMAN PERSETUJUAN iii](#_Toc108142624)

[HALAMAN PENGESAHAN iv](#_Toc108142625)

[KATA PENGANTAR v](#_Toc108142626)

[DAFTAR ISI vii](#_Toc108142627)

[DAFTAR TABEL ix](#_Toc108142628)

[DAFTAR GAMBAR x](#_Toc108142629)

[DAFTAR LAMPIRAN x](#_Toc108142630)i

[DAFTAR SINGKATAN x](#_Toc108142630)ii

[BAB 1](#_Toc108142631) [PENDAHULUAN 1](#_Toc108142632)

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc108142633)

[1.2 Rumusan Masalah 4](#_Toc108142634)

[1.3 Tujuan Penulisan 4](#_Toc108142635)

[1.4 Manfaat Penulisan 5](#_Toc108142636)

[1.5 Metode Penulisan 6](#_Toc108142637)

[1.6 Sistematika Penulisan 7](#_Toc108142638)

[BAB 2](#_Toc108142639) [TINJAUAN PUSTAKA 8](#_Toc108142640)

[2.1 Konsep Penyakit Skizofrenia 8](#_Toc108142641)

[2.2 Konsep Halusinasi 15](#_Toc108142642)

[2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi 26](#_Toc108142643)

[2.4 Konsep Komunikasi Teraupetik 37](#_Toc108142644)

[2.5 Konsep Dasar Stres Adaptasi dan Mekanisme Koping 40](#_Toc108142645)

[BAB 3](#_Toc108142646) [TINJAUAN KASUS 50](#_Toc108142647)

[3.1 Pengkajian 50](#_Toc108142648)

[3.2 Diagnosis Keperawatan 62](#_Toc108142649)

[3.3 Pohon Masalah 63](#_Toc108142650)

[3.4 Analisa Data 64](#_Toc108142651)

[3.5 Rencana Keperawatan 67](#_Toc108142652)

[3.6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan 76](#_Toc108142653)

[BAB 4](#_Toc108142654) [HASIL DAN PEMBAHASAN 89](#_Toc108142655)

[4.1 Pengkajian 89](#_Toc108142656)

[4.2 Diagnosa Keperawatan 92](#_Toc108142657)

[4.3 Rencana Keperawatan 93](#_Toc108142658)

[4.4 Pelaksanaan 94](#_Toc108142659)

[4.5 Evaluasi 98](#_Toc108142660)

[BAB 5](#_Toc108142661) [PENUTUP 101](#_Toc108142662)

[5.1 Kesimpulan 101](#_Toc108142663)

[5.2 Saran 103](#_Toc108142664)

[DAFTAR PUSTAKA 105](#_Toc108142665)

## 

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Fase Halusinasi 23

Tabel 3.1 Terapi Medik 61

Tabel 3.2 Analisa Data Pada Pasien Halusinasi 64

Tabel 3.3 Rencana Keperawatan 67

Tabel 3.4 Rencana Keperawatan 76

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Rentang Respon Neurobiologis Halusinasi 16

Gambar 2.2 Pohon Masalah 31

Gambar 3.1 Genogram 52

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Curriculum Vitae 107

Lampiran 2 Motto dan Persembahan 108

Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Hari Ke-1 110

Lampiran 4 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Hari Ke-2 113

Lampiran 5 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Hari Ke-3 115

Lampiran 6 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Hari Ke-3 117

Lampiran 7 Analisa Proses Interaksi 120

## **DAFTAR SINGKATAN**

WHO = World Health Organization

Kemenkes = Kementrian Kesehatan

BAB = Buang Air Besar

BAK = Buang Air Kecil

RISKESDAS = Riset Kesehatan Dasar

SDKI = Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia

RI = Republik Indonesia

## **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **Latar Belakang**

Kesehatan jiwa adalah 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 untuk komunitasnya ((Kemenkes RI. 2017 dalam (Muliani & Yanti, 2021)). Gangguan jiwa menurut Undang Undang No.18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa, 2014 dapat diartikan sebagai orang dengan gangguan jiwa yang selanjutnya disingkat ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan bagi orang tersebut sehingga tidak dapat produktif secara sosial dan ekonomi (Muliani & Yanti, 2021).

Secara umum gangguan jiwa bisa di bedakan menjadi dua kategori yaitu psikotik dan non-psikotik. Gangguan jiwa psikotik meliputi gangguan jiwa organik dan non- organik. Gangguan jiwa organik meliputi delirium, epilepsi dan dimensia, sedangkan gangguan jiwa non-organik meliputi skizofrenia, waham, gangguan mood, psikosa (mania, depresi), gaduh, gelisah, dan halusinasi ((Kusumawati, 2010 dalam (Pujiwidodo, 2016)). WHO,. Kata skizofrenia berasal dari “schistos” berarti terpecah dan “phren” berarti otak, jadi skizofrenia berarti otak yang terbelah ((Sovitriana, 2019 dalam (Damayanti et al., 2021)). Pada skizofrenia muncul gejala positif dan negatif. Gejala positif diantaranya waham, halusinasi, perilaku katatonik, perilaku kacau, pembicaraan kacau, dan agitasi. Gejala negatif diantaranya alogia, afek tumpul, asosial, anhedonia, dan avolisi ((Yudhantara & Ratri, 2018 dalam (Damayanti et al., 2021)). Perubahan respon persepsi merupakan gejala pertama yang muncul pada Skizofrenia (Damayanti et al., 2021). Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan presepsi sensori, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan atau perabaan. Pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada ((Muhith A, 2015 dalam (Aji, 2019)). Halusinasi merupakan suatu persepsi panca indera tanpa adanya stimulus eksternal. Klien dengan halusinasi sering merasakan keadaan/kondisi yang hanya dapat dirasakan olehnya namun tidak dapat dirasakan oleh orang lain. ((Nurlaili, Nurdin, Putri, Arif, Basmanelly, & Fernandes, 2019 dalam (Damayanti et al., 2021)).

Berdasarkan datadari *World Health Organization* (WHO) sebanyak 792 juta orang di berbagai belahan dunia mengidap gangguan jiwa, 10,7% orang di dunia mengalami gangguan jiwa. Gangguan jiwa terbanyak di dunia pada tahun 2017 ialah depresi dengan jumlah 264 juta jiwa, gangguan bipolar sebanyak 45 juta jiwa, skizofrenia sebanyak 20 juta jiwa, demensia sebanyak 50 juta jiwa, *anxiety disorders* sebanyak 284 juta jiwa, gangguan penggunaan alkohol sebanyak 107 juta jiwa dan gangguan makan sebanyak 16 juta jiwa (Ainy, 2022). Di Indonesia kasus penderita gangguan jiwa menurut Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 sekitar 450 ribu orang dengan gangguan jiwa berat (Saluhang et al., 2022). Prevalensi gangguan jiwa di Jawa Timur adalah 6%, Jawa Timur memiliki prevalensi gangguan jiwa tertinggi keempat dengan jumlah penduduk 306.601 jiwa (Kemenkes RI, 2014). Berdasarkan data Rekam Medis Rumah Sakir Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur ditemukan masalah keperawatan pada pasien rawat inap dan rawat jalan yaitu pada tahun 2021 selama 4 bulan terakhir yang berjumlah 15.263, dengan rincian Resiko Perilaku Kekerasan 41,4%, Halusinasi, 32,4%, Waham 2,2%, Resiko Bunuh Diri 1,3%, Isolasi Sosial 14,2%, Defisit Perawatan Diri 5,3%, Harga Diri Rendah 3,2%. Sedangkan di ruang Puri Anggrek pada bulan April 2021-Juni 2021 diagnosa terbanyak adalah Halusinasi.

Pasien Halusinasi menimbulkan stimulus yang sehingga ia merasa sangat ketakutan, panik dan tidak bisa membedakan antara khayalan dan kenyataan yang dialaminya ((Nurlaili, 2019 dalam (Sirait, 2015)). Dampak yang ditimbulkan dari halusinasi adalah kehilangan Social diri, yang mana dalam situasi ini dapat membunuh diri, membunuh orang lain, bahkan merusak lingkungan. Selain itu, dampak lain apabila pasien halusinasi tidak ditangani akan timbul intoleransi aktivitas sehingga perawatan diri menjadi buruk, menjadikan pasien putus asa, ketidakberdayaan, gerakan komsi, gerakan interaksi sosial dan kekerasan ((Dermawan & Rusdi, 2013 dalam (Damayanti et al., 2021)).

Upaya yang dilakukan oleh perawat untuk mencegah halusinasi yaitu dengan Strategi pelaksanaan adalah penerapan standar asuhan keperawatan terjadwal yang diterapkan pada pasien yang bertujuan untuk mengurangi masalah keperawatan jiwa. Strategi pelaksanaan pada pasien halusinasi mencakup kegiatan mengenal halusinasi, mengajarkan pasein menghardik, minum obat dengan teratur, bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinas muncul, sertamelakukan aktivitas terjadwal utuk mencegah halusinasi ((Livana, Rihadini, Kandar, Suerni, Sujarwo, Maya & Nugroho. 2020 dalam (Putri et al., 2021)). Menghardik Halusinasi adalah upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul atau tidak memerdulikan halusinasinya. Mungkin halusinya tetap ada namun dengan kemampuan ini pasien tidak akan larut dalam halusinasinya. Biasanya dilakukan dengan cara bercakap cakap dengan sanak saudara, serta melakukan aktifitas berjadwal yang telah disetujui oleh pasien dan terapis, dan yang paling penting adalah keteraturan minum obat. Bila keempat cara ini tidak dilakukan secara teratur oleh para penderita skizofrenia dengan halusinasi akan menyebabkan penderita terus menerus terganggu oleh halusinasi tersebut. Semakin lama dibiarkan maka akan semakin berat ((Reliani, 2015 dalam (Aji, 2019)).

### **Rumusan Masalah**

### Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis akan melakukan idenitifikasi lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan jiwa dan membuat rumusan masalah sebagai berikut “ Bagaimanakah asuhan keperawatan jiwa pada Tn.E diagnosa medis Skizofrenia dengan masalah utama Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran di Ruang Jiwa Puri Anggrek Rumah Sakit Jiwa Menur? “

### **Tujuan Penulisan**

#### **Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi individu secara mendalam yang dihubungakn dengan penyakit melalui proses Asuhan keperawatan jiwa pada Tn.E diagnosa medis Skizofrenia dengan masalah utama Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran di Ruang Jiwa Puri Anggrek Rumah Sakit Jiwa Menur.

#### **Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian pada pasien Tn.E dengan Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi pendengaran di Ruang Puri Anggrek Rumah Sakit Jiwa Menur
2. Merumuskan diagnosa asuhan keperawatan jiwa pada pasien Tn.E Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi pendengaran di Ruang Puri Anggrek Rumah Sakit Jiwa Menur
3. Menyusun rencana Asuhan Keperawatan pada masing – masing diagnosa keperawatan jiwa pasien Tn.E Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi pendengaran di Ruang Puri Anggrek Rumah Sakit Jiwa Menur
4. Melaksanakan tindakan Asuhan Keperawatan jiwa pasien Tn.E dengan Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi pendengaran di Ruang Puri Anggrek Rumah Sakit Jiwa Menur
5. Melakukan evalusasi Asuhan Keperawatan Jiwa pasien Tn.E dengan Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi di Ruang Puri Anggrek Rumah Sakit Jiwa Menur

### **Manfaat Penulisan**

### Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya ilmiah akhir ini diharapkan niosa memberikan manfaat bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat – manfaat dari karya ilmiah akhir secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini :

#### **Manfaat Teoritis**

#### Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat, dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian mordibility, disability, dan mortalitas pada pasien Halusinasi.

#### **Manfaat Praktis**

1. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien Halusinasi serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan

1. Bagian Keluarga dan Klien

Sebagai cara perawatan kepada keluarga tentang deteksi dini tentang Halusinasi sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis keperawatan. Selain itu agar keluarga mampu melakukan perawatan pasien dengan Halusinasi.

1. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien Halusinasi sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangakan ilmu pengetahuan dan tekonologi yang terbaru.

### **Metode Penulisan**

1. Metode

Studi kasus yaitiu metode yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebiah kasus untuk dikasji secara mendalam sehingga mampu membongkat realitas di balik fenomena.

1. Teknik pengumpulan data
2. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien dan tim kesehatan lain.

1. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati

1. Sumber Data
2. Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien
3. Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medik perawata, hasil – hasil pemeriksaan dari tim kesehatan lain.
4. Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul Karya Ilmia Akhir dan masalah yang dibahas.

### **Sistematika Penulisan**

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian yaitu :

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penelitian, persetujuan, pembimbing pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar, dan daftar lampiran, dan abstraksi.
2. Bagian inti meliputi 5 bab, yang masing – masing bab terduru dari sub – sub berikut ini :

**Tabel 1.1 Sub Bab Sistematika Penulisan**

|  |  |
| --- | --- |
| Bab 1 | Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan studi kasus. |
| Bab 2 | Tinjauan pustaka : yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Halusinasi |
| Bab 3 | Tinjauan kasus : Hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksnaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan |
| Bab 4 | Pembahasan : pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori, dan opini serta analisi |
| Bab 5 | Simpulan dan saran |

1. Bagian akhir meliputi daftar pustaka dan lampiran

## **BAB 2**

## **TINJAUAN PUSTAKA**

## Bab 2 ini menguraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan jiwa Halusinasi. Konsep penyakit terdiri dari definisi, proses terjadinya, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan berisi masalah – masalah yang muncul pada Halusinasi dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencaaan, pelaksanaan, dan evalusasi.

### **Konsep Penyakit Skizofrenia**

#### **Definisi Skizofrenia**

Menurut WHO, Kata skizofrenia berasal dari “schistos” berarti terpecah dan “phren” berarti otak, jadi skizofrenia berarti otak yang terbelah ((Sovitriana, 2019 dalam (Damayanti et al., 2021)). Skizofrenia merupakan penyakit kronis, parah, dan melumpuhkan, gangguan otak yang di tandai dengan pikiran kacau, waham, delusi, halusinasi, dan perilaku aneh atau katatonik ((Pardede & Laia, 2020 dalam (Sirait, 2015)).

Menurut ((Sutejo (2018) dalam (H Kara, 2014)) , Skizofrenia merupakan sindrom etiologi yang tidak diketahui dan di tandai dengan gangguan kognisi, emosi, persepsi, pemikiran, dan perilaku. Skizofrenia adalah gangguan yang terjadi pada fungsi otak, skizofrenia melibatkan banyak sekali faktor. Faktor-faktor ini meliputi perubahan struktur psikis otak, perubahan struktur komia otak, dan faktor genetik. Skizofrenia adalah salah satu gangguan jiwa berat yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku individu (Retno, 2017 dalam (H Kara, 2014)). Orang dengan skizofrenia (ODS) menarik diri dari orang lain dan kenyataan, sering kali masuk ke dalam kehidupan fantasi yang penuh delusi dan halusinasi (Rizka, 2020 dalam (H Kara, 2014) )

Jadi, Dari banyak pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Skizofrenia melibatkan banyak hal yang mempengaruhi pikiran, perasaan dan perilaku individu, yang ditandai dengan gangguan psikososial yaitu delusi, halusinasi, gamgguam bicara seperti inkoheren serta tingkah laku katatonik (H Kara, 2014).

#### **Etiologi Skizofrenia**

Beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya skizofrenia menurut (Nanda NIC NOC 2015 Jilid 3 dalam penelitian (H Kara, 2014)) yaitu sebagai berikut :

1. Keturunan

Dibuktikan dengan penelitian bahwa angka kesakitan bagi saudara tiri 0,9%-18^% bagi saudara kandung 7%-15%, bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita skizofrenia 40-68%, kembar dua telur 2-15% dan kembar satu telur 61-86%.

1. Endokrin

Teori ini dikemukakan berhubungan dengan sering timbulnya skizofrenia pada waktu pubertas, waktu kehamilan atau puerperium dan waktu kimakterium, tetapi teori ini tidak dapat dibuktikan.

1. Metabolisme

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

1. Susunan saraf pusat

Penyebab skizofrenia diarahkan pada kelianan sistem saraf pusat (SSP) yaitu pada diensefalon atau kortek otak, tetapi kelainan patologis yang ditemukan mungkin disebabkan oleh perubahan postmortem atau merupakan artefakt pada waktu membuat sediaan.

1. Teori Adolf Meyer

Meyer menyatakan bahwa penyakit badaniah yang dapat mempengaruhi timbulnya skizofrenia. Menurut Meyer skizofrenia merupakan suatu reaksi yang salah, suatu maladaptasi, sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan (otisme).

1. Teori Sigmun Freud

Menurut Teori Sigmun Freud Skizofrenia terdapat beberapa etiologi yaitu :

1. kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab psikogenik atau pun somatik
2. super ego di kesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan ide yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisisme
3. kehilangan kapasitas untuk pemindahan (transference) sehingga terapi psikoanalitik tidak mungkin.
4. Teori Eugen Bleuler

Penggunaaan istilah skizofrenia merupakan gejala utama penyakit ini yaitu jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berfikir, persaaan dan perbuatan. Bleuler membagi gejala skizofreni menjadi 2 kelompok yaitu gejala primer dan gejala sekunder. Gangguan primer yaitu (gangguan proses pikiran, gangguan emosi, gangguan kemauan dan otisme) sedangkan gejala sekunder yaitu (waham, hakusinasi dan gejala katatonik atau gangguan psikomotorik yang lain).

1. Teori perkembangan

Ahli teori seperti Feud, Sulliva, Erikson menyatakan bahwa kurangnya perhatian yang hangat dan penuh kasih sayang di tahun-tahun awal kehidupan berperan dalam menyebabkan kurangnya identitas diri, salah interprestasi terhadap realitas, dan menarik diri dari hubungan yang merupakan penyebab penderita skizofrenia.

#### **Klasifikasi Skizofrenia**

Menurut Hawari (2014) Klasifikasi Skizofrenia sebagi berikut :

1. Skizofrenia Hebefrenik

Seseorang yang menderita akizofrenia tipe hebefrenik, disebut juga disorganized type atau “kacau balau” yang ditandai dengan gejala-gejala antara lain sebagai berikut: inkoherensi, alam perasaan, waham, halusinasi.

1. Skizofrenia Katatonik

Seseorang yang menderita skizofrenia tipe katatonik menunjukkan gejala-gejala pergerakan atau aktivitas spontan, perlawanan, kegaduhan, dan sikap yang tidak wajar atau aneh.

1. Skizofrenia Paranoid

Gejala-gejala yang muncul yaitu: waham, halusinasi yang mengandung isi kejaran atau kebesaran, gangguan alam perasaan dan perilaku.

1. Skizofrenia Residual

Tipe ini merupakan sisa-sisa (residu) dari gejala skizofrenia yang tidak begitu menonjol. Misalnya penarikan diri dari pergaulan sosial, tingkah laku eksentrik, pikiran tidak logis dan tidak rasional.

1. Skizofrenia Tak Tergolong

Tipe ini tidak dapat digolongkan dalam tipe – tipe yang sebelumya diuraikan, hanya terdapat gambaran klinisnya terdapat waham, halusinasi, inkohorensi atau tingkah laku kacau.

1. Skizofrenia Kompleks

Suatu bentuk psikosis (gangguan jiwa yang ditandai terganggunya realias RTA dan pemahaman diri / insight yang buruk) yang perkembangannya lambat dan perlahan-lahan dari perilaku yang aneh, ketidak mampuan memenuhi tuntutan masyarakat, dan penurunan kemampuan/keterampilan total.

1. Skizofrenifom

Fase perjalanan penyakitnya (fase aktif, prodromal, dan residual) kurang dari 6 bulan tetapi lebih lama dari 2 minggu. Secara klinis penderita lebih menunjukkan gejala emosi dan kebingungan seperti dalam keadaan mimpi.

1. Skizoafektif

Gambaran klinis tipe ini didominasioleh gangguan pada alam perasaan (mood, affect) disertai waham dan halusinasi.

#### **Tanda dan Gejala Skizofrenia**

Menurut Hawari (2014), Tanda dan Gejala Skizofrenia dibagi menjadi 2 kelompok yaitu sebagai berikut :

1. Gejala Positif
2. Delusi atau waham, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal). Meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinanya itu tidak rasional, penderita tetap meyakini kebenarannya.
3. Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan (stimulus), misalnya penderita mendengar suara-suara/bisikan-bisikan di telinganya padahal tidak ada sumber dari suara/bisikan itu
4. Kekacauan alam pikir, yang dapat dilihat dari isi pembicaraanya, misalnya bicaranya kacau sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.
5. Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.
6. Merasa dirinya “Orang Besar”, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya.
7. Pikirannya penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.
8. Menyimpan rasa permusuhan.
9. Gejala Negatif
10. Alam perasaan (affect)“ tumpul” dan “mendatar”. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukan ekspresi.
11. Menarik diri atau mengasingkan diri (withdrawn)tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (day dreaming).
12. Kontak emosional amat “miskin”, sukar diajak bicara, pendiam.
13. Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
14. Sulit dalam berpikir abstrak.
15. Pola pikir stereotip.
16. Tidak ada/kehilangan dorongan kehendak (avolition) dan tidak ada inisiatif, tidak ada upaya dan usaha, tidak ada spontanitas, menonton, serta tidak ingin apa-apa dan serba malas (kehilangan nafsu)

#### **Penatalaksanaan Medis Skizofrenia**

Penggunaan Obat Antipsikosis Obat-obatan yang digunakan untuk mengobati Skizofrenia disebut antipsikotik yang bekerja mengontrol halusinasi, delusi dan perubahan pola fikir yang terjadi pada pasien Skizofrenia. Terdapat 3 kategori obat antipsikotik yang dikenal saat ini, yaitu :

1. Antipsikotik konvensional Obat antipsikotik konvensional merupakan obat yang digunakan paling lama serta mempunyai efek samping yang serius. Contoh obat antipsikotik konvensional antara lain :

* Haloperidol sediaan tablet 0,5 mg, 1,5 mg, 5mg dan injeksi 5mg/ml, dosis 5-15mg/hari.
* Stelazine (trifluoperazin) sediaan tablet 1 mg dan 5 mg, dosis 10-15 mg/hari.
* Mellaaril (thioridazine) sediaan tioridazin tablet 50 dan 100 mg, dosis 150-600 mg/hari.
* Thorazine (chlorpromazine) sediaan tablet 25 dan 100 mg dan injeksi 25 mg/ml, dosis 150-600 mg/hari.
* Trilafon (perphenazine) sediaan tablet 2, 4, 8 m, dosis 12-24 mg/hari.
* \ Prolixin (fluphenazine) sediaan tablet 2,5 mg, 5 mg, dosis 10- 15 mg/hari.

Akibat berbagai efek yang ditimbulkan oleh antipsikotik konvensional, banyak ahli lebih merekomendasikan penggunaan newer atypical antipsycotic. Ada 2 pengecualian ( harus dengan antipsikotik konvensional). Pertama, pada pasien ang sudah mengalami perbaikan (kemajuan) yang pesat menggunakan antipsikotik konvensional tanpa efek samping yang berarti. Kedua, bila pasien mengalami kesulitan minum pil secara reguler.

1. Newer apical antipsycotics Obat-obatan yang tergolong kelompok ini disebut atipikal karena prinsip kerjanya berbeda, dan sedikit menimbulkan efek samping jika dibandingkan dengan antipsikotik konvensional. Contoh newer atypical antipsycotic antara lain :

* Risperdal (risperidone) sediaan tablet 1, 2, 3 mg, dosis 2-6 mg/hari.
* Seroquel (quetiapine)
* Zyprexa (olanzopine

1. Clozaril memiliki efek samping yang jarang tapi sangat serius dimana pada kasus-kasus yang jarang (1%), clozarine dapat menurunkan jumlah sel darah putih ang berguna untuk melawan infeksi. Yang artinya, pasien yang mendapat obat tersebut harus memeriksa sel darah putih secara reguler.
2. Terapi Elektrokonvulsif (ECT).
3. Pembedahan bagian otak.
4. Perawatan di Rumah Sakit.
5. Psikoterapi.

* Terapi Psikoanalisa Metode terapi ini berdasarkan konsep freud yang bertujuan menyadarkan individu akan konflik yang tidak disadarinya serta mekanisme pertahanan yang digunakan untuk pengendalian kecemasannya.
* Terapi perilaku Terapi

Terapi perilaku ini menekankan prinsip pengkondisian klasik dan operan, karena terapi ini berkaitan dengan perilaku yang nyata. Paul dan Lentz menggunakan dua bentuk program psikososial untuk meningkatkan fungsi kemandirian, yaitu :

1. Social Learning Program : menolong penderita Skizofrenia untuk mempelajari perilaku-perilaku yang sesuai.
2. Social Skills Training : terapi ini melatih penderita mengenai ketrampilan atau keahlian sosial
3. Terapi Humanistik

Terapi kelompok dan terapi keluarga

### **Konsep Halusinasi**

#### **Definisi Halusinasi**

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan sensori persepsi yang dialami oleh pasien gangguan jiwa, klien merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduan tanpa stimulus nyata. ((Keliat, 2014 dalam penelitian (Sirait, 2015)).

Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan presepsi sensori, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan atau perabaan. Pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada ((Muhith A, 2015 dalam penelitian (Aji, 2019)).

#### **Rentang Respon Neuoribiologis Halusinasi**

Respons Adaptif Respon Maladaptif

1. Kadang proses pikir terganggu
2. Ilusi
3. Emosi berlebihan/kurang
4. Perilaku aneh/tidak biasa
5. Menarik diri

1. Gangguan sensori presepsi halusinasi
2. Kerusakan proses emosi
3. Perilaku tidak terorganisir
4. Isolasi sosial
5. Pikiran Logis
6. Presepsi Akurat
7. Emosi konsisten dengan pengalaman
8. Berhubungan Sosial harmonis

**Gambar 2.1 Rentang Respon Neurobiologis Halusinasi (Muhith, 2015)**

1. Respon Adaptif

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima norma – norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut, respon adaotif sebagai berikut :

1. Pikiran logis adalah oandangan yang mengarah pada kenyataan
2. Presepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan
3. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli
4. Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan
5. Respon psikososial

Respon psikososial meliputi :

1. Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan
2. Ilusi adalah miss interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar – benar terjadi(objek nyata) karena rangasangan panca indera.
3. Emosi berlebihan atau berkurang
4. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
5. Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.
6. Respon Maladaptif

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

1. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan denga kenyataan sosial.
2. Halusinasi merupakan presepsi sensori yang salah atau presepsi eskternal yang tidak realita atau tidak ada.
3. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang itmbul dari hati.
4. Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur.
5. Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

#### **Jenis – Jenis Halusinasi**

Menurut (Dermawan Deden, 2013) jenis – jenis halusinasi sebagai berikut :

1. Halusinasi Dengar/Suara :

Data obyektif : bicara atau tertawa sendiri, marah – marah tanpa sebagian, menyedengkan telinga ke arah tertentu, menutup telinga

Data subyektif : mendengar suara - suara atau kegaduhan, mendengar suara yang mengajak bercakap – cakap mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.

1. Halusinasi penglihatan :

Data Obyektif : menunjuk – nunjuk ke arah tertentu ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas

Data Subyektif : melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartoon, melihat hantu atau monster

1. Halusinasi penghidu :

Data Obyektif : Menghidu seperti sedang membaui – baui, bau – bauan tertentu, menutup hidung

Data Subyektif : membaui bau – bau an seperti bau darah, urin feses, kadang – kadang bau itu menyenangkan

1. Halusinasi pengecapan :

Data Obyektif : Sering meludah

Data Subyektif : Merasakan rasa seperti darah, urin atau feses

1. Halusinasi perabaan :

Data Obyektif : Menggaruk – garuk permukaan kulit

Data Subyektif : Mengatakan ada serangga di permukaan kulit, merasa seperti tersengat listrik

#### **Etiologi Halusinasi**

1. Faktor Predisposisi

Menurut Yosep (2010) faktor predisposisi klien dengan halusinasi adalah

1. Faktor Perkembangan

Tugas perkembangan klien terganggu misalnya rendahnya kontrol dan Kenangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah trustasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress.

1. Faktor Sosiokultural

Tidak diterima lingkungannya sejak bayi akan Seseorang yang merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya

1. Faktor Biologis

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

1. Faktor Psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penvalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari darı alam nyata menuju alam hayal

1. Faktor Genetik dan Pola Asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua schizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada pernyakit ini.

1. Faktor Presipitasi
2. Perilaku

Respons kien tehadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah dan bingung, perilaku menarik diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Menurut (( Rawlin dan Heacock 1993 dalam (Dermawan Deden, 2013)) mencoba memecahkan masalah halusinasi berlandaskan atas hakikat keberadaan seorang inidividu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar unsur-unsur bio-psiko-sosio-spiritual. Sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi yaitu: Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik

1. Dimensi Fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fiisk seperti kelelahan yang luar biasa penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang sama.

1. Dimensi emosional

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

1. Dimensi Intelektual

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

1. Dimensi Sosial

Klien mengalami gangguan interaksi sosial dalam fase awal dan comforting, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi dialam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, control diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi dijadika kontrol oleh individu tersebut, sehingga jika perintah halusinasi berupa ancaman, dirinya atau orang lain individu cenderung keperawatan klien dengan mengupayakan suatu proses interkasi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta mengusahakan klien tidak menyendiri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungannya dan halusinasi tidak berlangsung.

1. Dimensi spiritual

Secara spiritual klien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas, tidak berkmana, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spirıtual untuk menyucikan diri, irama sirkardiannya terganggu, karena la sering tidur larut malam dan bangun saat siang. Saat terbangun merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya. Ia sering memaki takdir tetapi lemak dalam upaya menjemput rejeki menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

#### **Tanda dan Gejala Halusinasi**

Menurut ( Azizah, Zainuri & Akbar, 2016 dalam penelitian (Putri et al., 2021) Tanda dan gejala halusinasi yaitu sebagai berikut :

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

Sedangkan, Menurut ((TIM Pokja DPP PPNI 2017 dalam Buku Standar Diagnosa Keperawatan (SDKI)) tanda dan gejala Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi yaitu sebagai berikut :

1. Tanda dan gejala mayor :

a. Subjektif

1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan

2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, atau pengecapan

b. Objektif

1. distorsi sensori

2. Respons tidak sesuai

3. Bersikap seolah melihta, mendengar, mengecap, meraba, atau menicum sesuatu

2. Tanda dan gejala minor :

a. Subjetif

1. Menyatakan kesal

b. Objektif

1. Menyendiri

2. Melamun

3. Konsentrasi Buruk

4. Disorientasi waktu, tempat, orang, atau situasi

5. Curiga

6. Melihat ke satu arah

7. Mondar – Mandir

8. Bicara Sendiri

#### **Patofisiologi Halusinasi**

#### Menurut (Damaiyanti, 2014) Psikopatologi dari halusinasi yang belum diketahui. Banyak teori yang diajukan yang menekankan pentingnya faktor – faktor psikologisk, fisiologik, dan lain – lain. Beberapa orang mengatakan bahwa situasi keamanan otak normal dibombardir oleh aliran stimulus yang berasal dari tubuh atau dari luar tubuh. jika masukan akan terganggu atau tidak ada sekali saat bertemu dalam keadaan normal atau psikolgis, materi berada dalam prasadar dapat unconsicious atau dilepaskan dalam bentuk halusinasi. Pendapat lain mengatakan bahwa halusinasi dimulai dengan keinginan yang direpresi ke unconsicious dan kemudian karena kepribadian rusak dan kerusakan pada realitas tingkast kekuatan keinginan sebelumnya diproyeksikan keluar dalam bentuk stimulus eksternal.

#### **Fase – Fase Halusinasi**

#### Menurut Depkes RI, dalam Buku (Dermawan Deden, 2013) terdapat 4 fase halusinasi yaitu sebagai berikut :

**Tabel 2.1 Fase Halusinasi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fase/Tahap | Karakteristik | Perilaku Klien |
| Fase 1 : Comforting   * Menyenangkan atau memberi rasa nyaman. * Tingkat ansietas sedang secara umum halusinasi merupakan suatu kesenangan | 1. Mengalami ansietas kesepian, rasa bersalah dan ketakutan 2. Mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas 3. Pikiran dan pengalaman sensori masalah ada dalam kontrol kesadaran non psikotik | 1. Tertawa/tersenyum yang tidak sesuai 2. Menggerakkan bibir tanpa suara 3. Pergerakan mata yang cepat 4. Respon verbal yang lambat 5. Diam dan dipenuhi sesuatu yang mengasyikkan |
| Fase 2 : Condeming Halusinasi menjadi menjijikkan   * Menyalahkan * Tingkat kecemasan berat secara umum halusinasi menyebabkan rasa entipati | 1. Pengalaman sensorik menakutkan 2. Merasa dilecehkan oleh alam sensorik tersebut 3. Mulai merasa kehilangan kontrol 4. MD dari orang lain Non psikotik | 1. Anietas : terjadi peningkatan RR dan TD 2. Perhatian dengan lingkungan kurang 3. Penyempitan kemampuan konsentrasi 4. Kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dengan realita |
| Fase 3 : Controling   * Tingkat kecemasan berat * Mengkontrol/mengendalikan * Pengalaman sensori (halusinasi) tidak dapat ditolak lagi | 1. Klien menyerahkan dan menerima pengalaman sendiri (halusinasi) 2. Isi halusinasi menjadi atraktif 3. Kesepian bila pengalaman sensori berakhir psikotik | 1. Perintah halusinasi ditaati 2. Sulit berhubungan dengan orang lain 3. Perhatian terhadap lingkungan kurang/hanya beberapa detik 4. Gejala fisik   ansietas berat : berkeringat, termor, ketidakmampuan mengikuti petunjuk |
| Fase 4 : Conquering   * Klien panik * Menakutkan * Klien sudah dikuasai oleh halusinasi | 1. Pengalaman sensorik menakutkan jika klien tidak mengikuti perintah halusinasi 2. Bisa berlangsung dalam beberapa jam atau hari apabila tidak ada interaksi teraupetik 3. Psikotik berat | 1. Perilaku panik 2. Resti menciderai : bunuh diri/membunuh orang lain 3. Refleksi isi halusinasi : amuk,agitasi,menarik diri atau katatonik 4. Tidak mampu berespon terhadap petunjuk yang kompleks 5. Tidak mampu berespon terhadap lebih dari satu orang |

#### **Penatalaksanaan Medis Halusinasi**

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang paling sering terjadi pada gangguan Skizofrenia. Dimana Skizofrenia merupakan jenis psikosis, adapun tindakan penatalaksanaan dilakukan dengan berbagai terapi menurut ((Pardede, Keliat & Wardani, 2013 dalam penelitian (Sirait, 2015)) yaitu :

1. Psikofarmakologis Obat sangat penting dalam pengobatan skizofrenia, karena obat dapat membantu pasien skizofrenia untuk meminimalkan gejala perilaku kekerasan, halusinasi, dan harga diri rendah. Sehingga pasien skizofrenia harus patuh minum obat secara teratur dan mau mengikuti perawatan. Obat – obat an yang diberikan pada pasien Halusinasi yaitu :
2. Haloperidol (HLD) Obat yang dianggap sangat efektif dalam pengelolaan hiperaktivitas, gelisah, agresif, waham, dan halusinasi.
3. Chlorpromazine (CPZ) Obat yang digunakan untuk gangguan psikosis yang terkait skizofrenia dan gangguan perilaku yang tidak terkontrol
4. Trihexilpenidyl (THP) Obat yang digunakan untuk mengobati semua jenis parkinson dan pengendalian gejala ekstrapiramidal akibat terapi obat.
5. Dosis

* Haloperidol 3x5 mg (tiap 8 jam) intra muscular
* Clorpromazin 25-50 mg diberikan intra muscular setiap 6-8 jam sampai keadaan akut teratasi.

1. Dalam keadaan agitasi dan hiperaktif diberikan tablet :

* Haloperidol 2x1,5 – 2,5 mg per hari.
* Klorpromazin 2x100 mg per hari c) Triheksifenidil 2x2 mg per hari

1. Dalam keadaan fase kronis diberikan tablet:

* Haloperidol 2x0,5 – 1 mg perhari
* Klorpromazin 1x50 mg sehari (malam)
* Triheksifenidil 1-2x2 mg sehari
* Psikosomatik

1. Terapi kejang listrik (Electro Compulsive Therapy

Yaitu suatu terapi fisik atau suatu pengobatan untuk menimbulkan kejang grand mal secara artifisial dengan melewatkan aliran listrik melalui elektroda yang dipasang pada satu atau dua temples pada pelipis. Jumlah tindakan yang dilakukan merupakan rangkaian yang bervariasi pada setiap pasien tergantung pada masalah pasien dan respon terapeutik sesuai hasil pengkajian selama tindakan. Pada pasien Skizofrenia biasanya diberikan 30 kali. ECT biasanya diberikan 3 kali seminggu walaupun biasanya diberikan jarang atau lebih sering. Indikasi penggunaan obat: penyakit depresi berat yang tidak berespon terhadap obat, gangguan bipolar di mana pasien sudah tidak berespon lagi terhadap obat dan pasien dengan bunuh diri akut yang sudah lama tidak mendapatkan pertolongan.

1. Psikoterapi

Membutuhkan waktu yang relatif lama, juga merupakan bagian penting dalam proses terapeutik. Upaya dalam psikoterapi ini meliputi: memberikan rasa aman dan tenang, menciptakan lingkungan terapeutik, memotivasi klien untuk dapat mengungkapkan perasaan secara verbal, bersikap ramah, sopan, dan jujur terhadap klien.

### **Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi**

#### **Pengkajian**

1. Faktor Presipitasi
2. Sosial Budaya

Teori ini mengatakan bahwa stress lingkungan dapat menyebabkan terjadi respon neurobiologis yang maladaptive, misalnya lingkungan yang penuh dengan kritik (bermusuhan); kehilangan kemandiria dalam kehidupan; kehilangan harga diri; kerusakan dalam hubungan interpersonal dan gangguan dalam hubungan interpersonal; kesepian; tekanan dalam pekerjaan, dan kemiskinan. Teori ini mengatakan bahwa stress yang menumpuk dapat menunjang terhadap terjadi gangguan psikotik tetapi tidak diyakini sebagai penyebab utama gangguan.

1. Biokimia

Dopamine, norepineprin, zat halusionagen dapat menimbulkan presepsi yang diinginkan oleh klien sehingga klien cenderung membenarkan apa yang dikhayal.

1. Predisposisi
2. Faktor Biologis

Adanya hambatan dalam perkembangan otak khusus konteks lobus provital, temporal dan limbik yang disebabkan gangguan perkembangan dan fungsi susunan saraf pusat. Sehingga menyebabkan hambatan dalam belajar, berbicara, daya ingat dan mungkin perilaku menarik diri, perilaku menarik diri dapat menyebabkan orang tidak mau bersosialisasi sehingga kemampuan dalam menilai dan berespon dengan realita dapat hilang dan sulit membedakan

rangsang internal dan eksternal.

1. Faktor Psikologis

Halusinasi dapatterjadi pada orang yang mempunyai keluarga overprotektif sangat cemas. Hubungan dalam keluarga yang dingin dan tidak harmonis, perhatian dengan orang lain yang sangat berlebih ataupun yang sangat kurang sehingga menyebabkan koping individu dalam menghadapi stress tidak adaptif.

1. Faktor Sosial Budaya

Kemiskinan dapat sebagai faktor terjadi halusinasi bila individu mempunyai koping yang tidak efektif maka ia akan suka berkhayal menjadi orang hanya dan lama kelamaan.

1. Perilaku

Pengkajian pada klien dengan halusinasi perlu ditekankan pada fungsi kognitif (proses pikir), fungsi persepsi, fungsi emosi, fungsi motorik dan fungsi sosial.

1. Fungsi Kognitif

Pada fungsi kognitif terjadi perubahan daya ingat, klien mengalami kesukaran dalam menilai dan menggunakan memorinya atau klien mengalami gangguan daya ingat jangka panjang / pendek. Klien menjadi pelupa dan tidak berminat.

* Cara Berpikir Magis dan Primitif : klien menganggap bahasa diri dapat melakukan sesuatu yang mustahil bagi orang lain, misalnva dapat berubah menjadi spiderman. Cara berpikir klien seperti anak pada tingkat perkembangan anak pra sekolah.
* Perhatian : klien tidak mampu mempertahankan perhatiannya atau mudah teralih, serta konsentrasi buruk, akibatnya mengalami kesulitan dalam menyelesaikan tugas dan berkonsentrasi terhadap tugas
* Isi Pikir : klien tidak mampu memproses stimulus interna dan eksterna dengan bailk sehingga terjadi curiga, siar pikir, sisip pikir, somatic.
* Bentuk dan Pengorganisasian Bicara : klien tidak mampu mengorganisasian pemikiran dan menyusun pembicaraan yang logis serta kohern. Gejala yang sering ditimbulkan adalah kehilangan asosiasi, kongensial, inkoheren / neologisme, sirkumfansial, tidak masuk akal. Hal ini dapat diidentifikasikan dari pembicaraan klien yang tidak relevan, tidak logis bicara yang berbelit

1. Fungsi Emosi

Emosi digambarkan dengan istilah mood adalah suasana emosi sedangkan efek adalah mengacu kepada ekspresi emosi yang dapat diamati dalam ekspresi wajah. Gerakan tangan, tubuh dan nada suara ketika individu menceritakan perasaannya. Pada proses neurologis yang maladaptive terjadi gangguan emosi yang dapat dikaji melalui perubahan afek :

* Afek Tumpul

kurangnya respon emosional terhadap pikiran, orang lain atau pengalaman klien tampak apatis

* Afek Datar

Tidak tampak ekspresi aktif, suara menahan dan wajah datar, tidak ada keterlibatan perasaan.

* Afek tidak sesuai: afek tidak sesuai dengan isi pembicaraan.
* Reaksi Berlebihan : reaksi emosi yang berlebihan terhadap suatu kejadian.
* Ambivalen: timbulnya dua perasaan yang bertentangan pada saat yang bersamaan.

1. Fungsi Motorikd

Respon Neurologis Maladaptive menimbulkan perilaku yang aneh, membingungkan dan kadang nampak tidak kenal dengan orang lain. Perubahan ini tersebut adalah :

* Impulsif : cenderung melakukan gerakan yang tiba-tiba dan sponta
* Manerisme : cilihat melalui gerakan dan ucapan seperti grimasentik.
* Stereobipik : Gerakan yang diulang tidak bertujuan dan tidak dipengaruhi oleh stimulus yang jelas
* Katatonia : kekacauan psikomotor pada skizofrenia tipe katatonik (eq : catatonic excitement, stupor, catalepsy, flexibilitascerea), imobilitas karena faktor psikologis, kadangkala ditandai oleh periode agitasi atau gembira, klien tampak tidak bergerak, seolah-olah dalam keadaan setengah sadar.

1. Perilaku Sosial

Perilaku yang terkait dengan hubungan sosial sebagai akibat orang lain respon neurobiologis yang maladaptive adalah sebagai berikut :

* Kesepian

Perasaan terisolasi dan terasing, perasaan kosong dan merasa putus asa sehingga klien terpisah dengan orang lain.

* Isolasi Sosial

Terjadi ketika klien menarik diri secara fisik dan emosional dari lingkungan. Isolasi diri klien tergantung pada tingkat kesedihan dan kecemasan yang berkaitan dalam berhubungan dengan orang lain. Rasa tidak percaya pada orang lain merupakan inti masalah pada klien. Pengalaman hubungan yang tidak menyenangkan menyebabkan klien menganggap hubungan saat ini berbahaya. Klien merasa terancam setiap ditemani orang lain karena ia menganggap orang tersebut akan mengontrolnya, mengancam, menuntutnya oleh karena itu klien tetap mengisolasi diri dari pada pengalaman yang menyedihkan terulang kembali.

* Harga diri rendah.hdi

Pada proses pengkajian, data penting yang perlu dapatkan adalah

* Jenis halusinasi : Halusinasi Pendengaran, Halusinasi Penglihatan, Halusinasi Penghiduan, Halusinasi Pengecapan, Halusinasi Perabaan
* Isi Halusinasi : Misalnya, melihat sapi yang sedang mengamuk, padahal sesungguhnya adalah pamannya yang sedang bekerja di ladang. Bisa juga mendengar suara yang menyuruh untuk melakukan sesuatu sesungguhnya hal tersebut tidak ada.
* Waktu, Frekuensi dan situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi : Perawat juga perlu mengkaji waktu frekuensi dan situasi munculnya halusinasi yang dialami oleh pasien. Kapan halusinasi terjadi? Frekuensinya terjadinya apakah terus meneru atau hanya sekali saja?. Situasi terjadinya, apakah kalau sendiri, atau setelah terjadi kejadian terntentu. Hal ini dilakukan untuk menentukan intervensi khusus pada waktu terjadinya halusinasi, sehingga pasien tidak larut dengan halusinasinya. Dengan mengetahui frekuensi terjadinya halusinasi dapat direncanakan frekuensi tindakan untuk mencegah terjadinya halusinasi
* Repons Halusinasi

Untuk mengetahui apa yang dilakukan pasien ketika halusinasi itu muncul. Perawat dapat menanyakan pada pasien hal yang dirasakan atau dilakukan saat halusinasi timbul.

#### **Pohon Masalah**

Resiko Perilaku Kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan verbal

***Effect***

Gangguan Presepsi, Sensori; Halusinasi

***Core Problem***

Isolasi Sosial

***Causa***

#### **Gambar 2.2 Pohon Masalah**

#### **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon aktual atau potensial dari individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan. Rumusan diagnosis yaitu Permasalahan (P) berhubungan dengan Etiologi (E) dan keduanya ada hubungan sebab akibat secara ilmiah (Carpenito dalam Yusuf dkk. 2015). Rumusan diagnosis keperawatan jiwa mengacu pada pohon masalah yang sudah dibuat. Menurut Dalami dkk (2014), diagnosa keperawatan klien dengan halusinasi pendengaran adalah sebagai berikut:

1. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran
2. Isolasi sosial
3. Resiko perilaku kekerasan

#### **Intervensi Keperawatan**

#### Menurut (Dermawan Deden, 2013) dalam bukunya, rencana tindakan keperawatan jiwa dapat dilakukan dengan :

1. Tindakan Keperawatan :
2. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4 x 30 menit maka Halusinasi kekerasan menurun dengan kriteria hasil :

1. Pasien mampu mengenali halusinasi
2. Pasien dapat mengontrol halusinasinya
3. Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal
4. Tindakan Keperawatan
5. Membantu pasien mengenali halusinasi

Untuk membantu pasien mengenali halusinasi, dapat Melakukannya dengan cara berdiskusi dengan pasien tentang isi halusinasi (apa yang didengar/ dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan respon pasien saat halusinasi muncul.

1. Melatih pasien mengontrol halusinasi

Untuk membantu pasien agar mampu mengontrol halusinasi,dapat melatih pasien empat cara yang sudah terbukti dapat mengendalikan halusinasi. Keempat cara tersebut meliputi : Menghardik halusinasi, Menghardik halusinasi adalah upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul. Pasien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak mnemperdulikan halusinasinya. Kalau ini dapat dilakukan, pasien akan mampu mengendalikan diri dan tidak mengikuti halusinasi yang muncul.Kemungkinan muncul lagi halusinasi tetap ada, namun dengan kemampuan ini pasien tidak akan larut untuk mengikuti apa yang ada dalam halusinasinya. Tahapan tindakan keperawatan meliputi: Menjelaskan cara menghardik halusinsinasi, Memperagakan cara menghardik, Meminta pasien memperagakan ulang, Memantau penerapan cara menguatkan perilaku pasien

1. Bercakap-cakap dengan orang lain Untuk mengontrol halusinasi dapat juga dengan

Bercakap-cakapdengan orang lain. Ketika pasien bercakap-cakapdengan orang lain maka terjadi distraksi. Fokus perhatian pasien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain tersebut. Sehingga salah satu car yang efektif untuk mengontrol halusinasi adalah dengan menganjurkan pasien untuk bercakap-cakap dengan orang lain.

1. Melakukan aktivitas yang terjadwal

Untuk mengurangi resiko halusinasi muncul lagi adalah dengan menyibukkan diri dengan aktivitas yang teratur. Dengan beraktivitas secara terjadwal, pasien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang sering sekali mencetuskan halusinasi. Untuk itu pasien yang mengalami halusinasi bisa dibantu untuk mengatasi halusinasiny dengan cara beraktivitas secara teratur dari bangun pagi sampai tidur malam, tujuh hari dalam seminggu. Tahapan intervensinya sebagai berikut: Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi, Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan pasien, Melatih pasien melakukan aktivitas, dan Menyusun jadwal. aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih. Upayakan pasien mempunyai aktivitas dari bangun pag sampai tidur malam, 7 hari dalam seminggu, Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan; memberikan penguatan terhadap

perilaku pasien yang positif.

1. Menggunakan obat secara teratur

Untuk mampu mengontrol halusinasi pasien juga harus dilatih menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program. Pasien gangguan jiwa yang dirawat di rumah sering sekali mengalami putus obat sehingga akibatnya pasien mengalami kekambuhan. Bila kekambuhan terjadi maka untuk mencapai kondisi seperti semula akan lebih sulit. Untuk itu pasien perlu dilatih menggunakan obat sesuai program dan berkelanjutan.

Berikut ini tindakan keperawatan agar pasien patuh menggunakan obat :Jelaskan guna obat, Jelaskan akibat bila putus obat, Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat dan Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu, benar dosis)

1. Tindakan Keperawatan pada keluarga
2. Tujuan dan kriteria hasil Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 30 menit maka Kelurga dapat memahami penanganan halusinasi secara melibatkan keluarga dengan kriteria hasil :
3. Keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien baik di rumah sakit maupun di rumah
4. Keluarga dapat menjadi sistem pendukung yang efektif untuk pasien
5. Tindakan keperawatan Keluarga

Keluarga merupakan faktor yang menentukan keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi. Dukungan keluarga selama pasien dirawat di rumah sakit sangat dibutuhkan sehingga pasien termotivasi untuk sembuh. Demikian juga saat pasien tidak lagi dirawat di rumah sakit (di rumah). Keluarga yang mnendukung pasien secara konsisten akan membuat pasien mampu mempertahankan program pengobatan secara optimal. Namun demikian jika keluarga tidak mamp merawat pasien, pasien akan kambuh bahkan untuk memulihkannya lag akan sangat sulit. Untuk itu perawat harus memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga agar keluarga mampu menjadi pendukung yang efektif bagi pasien dengan halusinasi baik saat di rumah sakit maupun di rumah. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan untuk keluarga pasien halusinasi adalah :

1. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien.
2. Berikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi, dan cara mnerawat pasien halusinasi.
3. Berikan kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat pasien dengan halusinasi langsung di hadapan pasien.
4. Buat perencanaan pulang dengan keluarga. untuk keluarga dengan
5. Tindakan Pada Kelompok

Terapi aktivitas kelompok yang dapat dilakukan untuk pasien Halusinasi :

1. TAK Orientasi Realitas

TAK orientasi realitas teridir dari tiga sesi yaitu :

1. Sesi 1 : pengenalan orang
2. Sesi 2 : Pengenalan tempat
3. Sesi 3: Pengenalan waktu
4. TAK Stimulasi Presepsi

TAK stimulasi presepsi untuk pasien halusinasi adalah terdiri dari5 sesi yaitu ;

1. Sesi 1 : Mengenal Halusinasi
2. Sesi 2 : Mengontrol halusinasi dengan menghardik
3. Sesi 3 : Mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan
4. Sesi 4 : Mencegah halusibasi dengan bercakap – cakap
5. Sesi 5 : Mengontrol Halusinasi dengan patuh minum obat

#### **Implementasi Keperawatan**

Implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata sering pelaksanaan jauh berbeda dengan rencana, hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien sesuai dengan kondisinya (here and now). Perawat juga menilai diri sendiri, apakah kemampuan interpersonal, intelektual, tekhnikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan, dinilai kembali apakah aman bagi klien. Setelah semuanya tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan (Aldam, & Wardani,2019).

Adapun pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa dilakukan berdasarkan Strategi Pelaksanaan (SP) yang sesuai dengan masing- masing masalah utama. Pada masalah gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran, terdapat 2 jenis SP, yaitu SP Klien dan SP Keluarga. SP Klien terbagi menjadi, SP 1 ( membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara – cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara pertama : menghardik halusinasi ) ; SP 2

( melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara kedua ( bercakap – cakap dengan orang lain); SP 3 ( Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga (melaksanakan aktivitas terjadwal); SP 4 ( melatih pasien menggunakan obat secara teratur ). SP Keluarga terbagi menjadi, SP 1 ( Pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami anggota keluarganya ( pasien), tanda dan gejala halusinasi dan cara – cara merawata pasien halusinasi; SP 2 (Melatih keluarga praktik merawat pasien langsung dihadapan pasien ); SP 3 (Membuat perencaan pulang bersama keluarga).

#### **Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah proses hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan.halusinasi pendengaran tidak terjadi perilaku kekerasan, klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenal halusinasinya, klien dapat mengontrol halusinasi dengar dari jangka waktu 4x24 jam didapatkan data subjektif keluarga menyatakan senang karena sudah diajarkan teknik mengontrol halusinasi, keluarga menyatakan pasien mampu melakukan beberapa teknik mengontrol halusinasi. Data objektif pasien tampak berbicara sendiri saat halusinasi itu datang, pasien dapat berbincang-bincang dengan orang lain, pasien mampu melakukan aktivitas terjadwal, dan minum obat secara teratur (Aji, 2019) .

### **Konsep Komunikasi Teraupetik**

#### **Definisi Komunikasi Teraupetik**

Istilah komunikasi berasal dari bahasa latin yakni *communicatio* yang artinya pemberitahuan atau pertukaran ide. Pemberitahuan atau pertukaran ide dalam suatu proses komunikasi akan ada pembicara yang menyampaikan pernyataan ataupun pertanyaan yang dengan harapan akan ada timbal balik atau jawaban dari pendengarnya (Suryani, 2015). Terapeutik merupakan suatu hal yang diarahkan kepada proses dalam memfasilitasi penyembuhan pasien. Sehingga komunikasi terapeutik itu sendiri merupakan salah satu bentuk dari berbagai macam komunikasi yang dilakukan secara terencana dan dilakukan untuk membantu proses penyembuhan pasien (Damayanti, 2008). Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang direncanakan secara sadar, tujuan dan kegiatannya difokuskan untuk kesembuhan klien (Ina dan Wahyu, 2010).

#### **Ciri – Ciri Komunikasi Teraupetik**

#### Empati

#### Empati yaitu kemampuan untuk mengerti sepenuhnya tentang kondisi atau perasaan orang lain.

1. Rasa percaya (*trust*)

Rasa percaya (trust) yaitu respek seseorang terhadap kebutuhan orang lain dan berhasrat akan membuat sesuatu yang akan dipertanggung jawabkan.

1. Validasi

Validasi yaitu penegasan kembali tentang pesan yang disampaikan. Hal ini terjadi jika komunikator merasa bahwa orang yang diajak bicara menerima dan memberi respek terhadap apa yang dikatakannya.

1. Perhatian

Merupakan tingkat keterlibatan emosi dalam komunikasi yang diekspresikan secara non verbal pada apa yang dikatakan orang lain dengan cara memandang, mengangguk, atau dengan perabaan jika dianggap tepat.

#### **Tujuan Komunikasi Teraupetik**

#### Membantu pasien untuk menjelaskan permasalahan kesehatannya sehingga dapat mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal yang diperlukan;

#### Mengurangi keraguan, membantu dalam mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya

#### Fisik mempengaruhi orang lain, lingkungan, dan dirinya sendiri.

#### **Sikap Perawat dalam Komunikasi Teraupetik**

#### Perawat hadir secara utuh (fisik dan psikologis) pada waktu berkomunikasi dengan klien. Perawat tidak cukup untuk mengetahui teknik komunikasi tetapi yang sangat penting adalah sikap atau penampilan dalam berkomunikasi. Menurut (Aniharyati, 2011) sikap perawat yang harus dilakukan saat berkomunikasi yaitu :

#### Berhadapan, arti dari posisi ini adalah “saya siap untuk anda“.

1. Mempertahankan kontak mata. Kontak mata pada level yang sama berarti menghargai klien dan menyatakan keinginan untuk tetap berkomunikasi
2. Membungkuk ke arah klien. Posisi ini menunjukan keinginan untuk mengatakan atau mendengar sesuatu.
3. Mempertahankan sikap terbuka. Tidak melipat kaki tangan menunjukan keterbukaan.
4. Tetap rileks, tetap dapat mengontrol keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi dalam memberikan respon pada klien.

#### **Tahap – Tahap Komunikasi Teraupetik**

1. Tahap persiapan

Tahap persiapan atau pra interaksi adalah masa persiapan sebelum berhubungan dengan pasien, tahap ini harus dilakukan oleh perawat untuk memahami dirinya, mengatasi kecemasannya dan meyakinkan dirinya bahwa dia betul-betul siap untuk berinteraksi dengan pasien. Tugas perawat pada tahap ini antara lain: mengeplorasi perasaan, harapan, dan kecemasan sebelum berinteraksi dengan klien, menganalisis kekuatan dan kelemahan diri, mengumpulkan data tentang klien, dan merencanakan pertemuan pertama dengan klien

1. Tahap Perkenalan

Perkenalan merupakan kegiatan yang dilakukan perawat saat pertama kali bertemu atau kontak dengan pasien. Pada saat berkenalan, perawat harus memperkenalkan dirinya terlebih dahulu kepada klien ((Brammer, 1993 dalam (Aniharyati, 2011)). Dengan memperkenalkan dirinya berarti perawat telah terbuka pada pasien dan ini hal ini diharapkan akan mendorong pasien untuk membuka dirinya. Tugas perawat pada tahap ini antara lain: membina rasa saling percaya, menunjukan penerimaan dan komunikasi terbuka, merumuskan kontrak bersama klien, menggali pikiran dan perasaan, mengidentifikasi masalah klien, serta merumuskan tujuan dengan klien.

1. Tahap Kerja

Tahap kerja ini merupakan inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik (Stuart, G.W, 1998). Pada tahap ini perawat dan klien berkerja sama untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien. Perawat juga dituntut mempunyai kepekaan dan tingkat analisis yang tinggi terhadap adanya perubahan dalam proses verbal maupun non verbal klien (Suryani, 2005 dalam (Aniharyati, 2011)). Tahap kerja berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang akan dicapai. Harapan klien pada tahap ini, perawat memahami apa yang disampaikan oleh pasien, akan tetapi perawat terkadang tidak menyimpulkan permasalahan yang dihadapi dan diinginkan oleh pasien, akibatnya dapat terjadi ketidaksamaan persepsi antara perawat dan pasien, sehingga penyelesaian masalah tidak terarah dan tidak relevan dengan hasil yang diharapkan dan masalah pasien tidak terselesaikan.

1. Tahap Terminasi

Tugas perawat pada tahap ini antara lain: Mengevaluasi pencapaian tujuan dari interaksi yang telah dilaksakan, melakukan evaluasi subjektif, menyepakati tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan, dan membuat kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya.

### **Konsep Dasar Stres Adaptasi dan Mekanisme Koping**

#### **Definisi Stres**

Stres merupakan suatu kondisi yang menekan keadaan psikis seseorang dalam mencapai sesuatu kesempatan di mana untuk mencapai kesempatan tersebut terdapat batasan atau penghalang ((Hanifah 2020 dalam (Kurniawati Weni, 2022)). Stres merupakan tekanan internal dan eksternal serta kondisi bermasalah lainnya dalam kehidupan (an internal and external pressure and other troublesome condisition in life). Stress sebagai sebuah kondisi yang disebabkan oleh interaksi antara individu dengan lingkungan, menimbulkan persepsi jarak antara tuntutan-tuntutan yang berasal dari situasi yang bersumber pada sistem biologis, psikologis, dan sosial dari seseorang.

Jadi, Dari pengertian stress dapat disimpulkan bahwa Stress adalah respon Stress adalah suatu keadaan tidak nyaman yang dialami oleh individu yang akan mengganggu pikiran, emosional, tindakan atau perilaku dalam kehidupan sehari-hari (Kurniawati Weni, 2022)

#### **Macam – Macam Stres**

Menurut Sri Kusmiati dan Desminiarti dalam (Fara Fahesa, 2022) berdasarkan penyebabnya stress dapat digolongkan menjadi :

1. Stres fisik, disebabkan oleh suhu atau temperatur yang terlalu tinggi atau rendah, suara amat bising, sinar yang terlalu terang, atau tersengat arus listrik
2. Stres kimiawi, disebabkan oleh asam-basa kuat, obat-obatan, zat beracun, hormone atau gas. Stres mikrobiologik, disebabkan oleh virus, bakteri, atau parasit yang menimbulkan penyakit.
3. Stres fisiologik, disebabkan oleh gangguan struktur, fungsi jaringan, organ, atau sistemik sehingga menimbulkan fungsi tubuh tidak normal.
4. Stres proses pertumbuhan dan perkembangan, disebabkan oleh gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada masa bayi hingga tua

Menurut Priyoto (2014) menurut gejalanya stres dibagi menjadi tiga yaitu:

1. Stres Ringan

Stres ringan adalah stressor yang dihadapi setiap orang secara teratur, seperti banyak tidur, kemacetan lalu lintas, kritikan dari atasan. Situasi stres ringan berlangsung beberapa menit atau jam saja. Ciri-ciri stres ringan yaitu semangat meningkat, penglihatan tajam energy meningkat namun cadangan energinya menurun, kemampuan menyelesaikan pelajaran meningkat, sering merasa letih tanpa sebab, kadang- kadang terdapat gangguan sistem seperti pencernaan, otak, perasaan tidak santai. Stres ringan berguna karena dapat memacu seseorang untuk berpikir dan berusaha lbih tangguh menghadapi tantangan hidup.

1. Stres Sedang

Stres sedang berlangsung lebih lama daripada stress ringan. Penyebab stres sedang yaitu situasi yang tidak terselesaikan dengan rekan, anak yang sakit, atau ketidakhadiran yang lama dari anggota keluarga. Ciri-ciri stres sedang yaitu sakit perut, mules, otot-otot terasa tengang, perasaan tegang, gangguan tidur, badan terasa ringan.

1. Stres Berat

Stres berat adalah situasi yang lama dirasakan oleh seseorang dapat berlangsung beberapa minggu sampai beberapa bulan, seperti perselisihan perkawinan secara terus menerus, kesulitan financial yang berlangsung lama karena tidak ada perbaikan, berpisah dengan keluarga, berpindah tempat tinggal mempunyai penyakit kronis dan termasuk perubahan fisik, psikologis sosial pada usia lanjut. Ciri-ciri stres berat yaitu sulit beraktivitas, gangguan hubungan sosial, sulit tidur, negatifistic, penurunan konsentrasi, takut tidak jelas, keletihan meningkat, tidak mampu melakukan pekerjaan sederhana, gangguan sistem meningkat perasaan takut meningkat.

#### **Sumber Stresor**

Sesuatu yang merupakan akibat pasti memiliki penyebab atau yang disebut stressor, begitupula dengan stress, seseorang bisa terkena stress karena menemui banyak masalah dalam kehidupannya. Seperti yang telah diungkapkan di atas, stress dipicu oleh stressor. Menurut (Fara Fahesa, 2022) stressor tersebut berasal dari berbagai sumber, yaitu :

1. Lingkungan

Yang termasuk dalam stressor lingkungan di sini yaitu seperti yang kita ketahui bahwa lingkungan itu memiliki nilai negatif dan positif terhadap prilaku masing masing individu sesuai pemahaman kelompok dalam masyarakat tersebut. Tuntutan inilah yang dapat membuat individu tersebut harus selalu berlaku positif sesuai dengan pandangan masyarakat di lingkungan tersebut. Tuntutan dan sikap keluarga, contohnya seperti tuntutan yang sesuai dengan keinginan orang tua untuk memilih jurusan saat akan kuliah, perjodohan dan lain-lain yang bertolak belakang dengan keinginannya dan menimbulkan tekanan pada individu tersebut.

1. Perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK)

Tuntutan untuk selalu update terhadap perkembangan zaman membuat sebagian individu berlomba untuk menjadi yang pertama tahu tentang hal-hal yang baru, tuntutan tersebut juga terjadi karena rasa malu yang tinggi jika disebut gaptek

1. Diri sendiri

Terdiri dari Kebutuhan psikologis yaitu tuntutan terhadap keinginan yang ingin dicapai, Proses internalisasi diri adalah tuntutan individu untuk terus-menerus menyerap sesuatu yang diinginkan sesuai dengan perkembangan.

1. Pikiran

Berkaitan dengan penilaian individu terhadap lingkungan dan pengaruhnya pada diri dan persepsinya terhadap lingkungan. Berkaitan dengan cara penilaian diri tentang cara penyesuaian yang biasa dilakukan oleh individu yang bersangkutan.

#### **Cara mengendalikan stres**

#### Dalam (Rochmawati, 2014) cara pencegahan stress yaitu sebagai berikut :

#### Perbaiki sikap. Jangan mudah panik, pikiran kita adalah alat yang ampuh, gunakan untuk mendukung kita, bukan untuk membebani kita. Berpikirlah secara rasional agar terhindar dari stres.

#### Tertawa. Lakukan sesuatu yang dinikmati, kerjakan hobi, bergaullah dengan teman-teman dan belajarlah untuk menyeimbangkan hidup. Jika merasa kesal, ungkapkan perasaan tersebut. Jangan menyimpannya untuk diri sendiri karena hanya akan menambah stres.

#### Hindari alkohol dan rokok. Ketika mengkonsumsi alkohol atau rokok, mungkin merasa stres berkurang, tetapi setelah itu kita akan kembali merasa stres dan mungkin lebih buruk daripada sebelum mengkonsumsinya

#### Makan makanan sehat. Dapatkan nutrisi yang tepat, makanlah makanan yang masih panas/hangat yang dimasak di rumah sehari-hari.

#### Lakukan olah raga. Aktivitas fisik dapat membantu membakar kalori juga membakar stres. Latihan/aktifitas fisik/olah raga membantu melepaskan ketegangan. Latihan selama 30 menit sehari selama minimal 3 kali per minggu.

#### Santaikan pikiran dan tubuh. Tarik napas dalam-dalam, visualisasikan kesuksesan. Atur beberapa “waktu untuk sendiri" lakukan sesuatu yang bisa dinikmati. Fokuskan perhatian pada saat ini .

#### Istirahat/Tidur. Paling tidak 7 jam tidur yang dibutuhkan agar otak dan tubuh bisa berfungsi pada tingkat optimal. Hindari tidur siang lebih dari 1 jam.

#### Manajemen waktu. Lakukan perencanaan, buat jadwal, atau bahkan daftar pekerjaan. Setelah itu, lakukan jadwal untuk setiap minggu. Kemudian membuat jadwal untuk setiap hari, sehingga kita memiliki jadwal yang teratur dan rapi . Tandai secara khusus kapan seharusnya mengikuti pertemuan, waktu belajar untuk mata pelajaran tertentu, waktu makan, kegiatan yang menyenangkan dan istirahat/tidur .

#### Organisasikan jadwal kegiatan. Belajarlah bagaimana mengatur catatan/dokumen pekerjaan/sekolah, identifikasi tugas dan perhatikan tanggal jatuh tempo penting, tanggal ujian. Tetapkan prioritas untuk hari itu .

#### Tenang, santai, relaks. Tarik napas dalam-dalam, tahan, hembuskan pelahan, lakukan berulang. Luangkan waktu untuk dapat memastikan pekerjaan dapat dilakukan dengan baik

#### Cari sistem pendukung. Sistem pendukung bisa ibu, ayah, adik, saudara, teman, sahabat istimewa atau konselor. Temukan seseorang yang membuat kita merasa nyaman berbagi perasaan. Kadang-kadang semua yang kita butuhkan adalah untuk melampiaskan rasa frustrasi tersebut .

#### **2.5.5 Definisi Adaptasi**

Adaptasi mempunyai arti kemampuan suatu kelompok/satu kelompok masyarakat atau seorang individu untuk bisa mencari pengetahuan dan belajar untuk mengubah dirinya sesuai dengan kondisi. Maka proses adaptasi atau penyesuaian merujuk pada kemampuan masyarakat untuk beradaptasi dengan lingkungan mereka. Istilah adaptasi sering di sama dengankan bersama istilah adjusment (penyesuaian). Istilah adaptasi ini terlihat seperti ada pikiran yang telah diasumsikan dengan konotasi negatif, literasi tentang penolakan terhadap nilai-nilai asli pendatang baru agar dapat diterima dalam masyarakat setempat. Istilah adjusment atau penyesuaian lebih terpaku pada proses psikologis yang tersirat dan bukan tersurat karena ini masuk dalam setiap proses transformasi, oleh karena itu tidak menekankan kepada penolakan terhadap nilai-nilai budaya pendatang baru. Proses penyesuaian merupakan respon psikologis yang positif yang dimulai oleh perubahan emosional dan sosial akibat proses perubahan struktur gramatikal menjadi struktur gramatikal lain atau proses transformasi (Utami, 2015 dalam (Ferry, 2021)).

#### **2.5.6 Macam – Macam Adaptasi**

Menurut (Winata, 2014 dalam (Ferry, 2021) Macam – macam adaptasi dibedakan menjadi 2 yaitu :

1. Adaptasi fisiologik bisa terjadi secara lokal maupun secara umum Contoh :
2. Setiap orang yang mampu mengatasi stres, tangannya tidak berkeringat dan tidak gementar, serta wajahnya tidak pucat.
3. Setiap orang yang mampu menyesuaikan diri dengan keadaan yang berat dan merasa mengalami gangguan pada organ tubuh.
4. Adaptasi psikologis bisa manjadi secara:
5. Sadar Individu mencoba memecahkan atau menyesuaikan diri dengan masalah
6. Tidak sadar

Menggunakan mekanisme pertahanan diri. Menggunakan gejala fisik (Konversi atau psikofisiologik/ psikosomatik) apabila jika seseorang mengalami hambatan atau kesulitan dalam melakukan adaptasi, baik berupa tekanan, perubahan, maupun ketegangan emosi dapat menimbulkan stres. Stres bisa terjadi apabila tuntutan atau keinginan diri tidak terpenuhi.

#### **Definisi Mekanisme Koping**

Coping adalah perilaku yang terlihat dan tersembunyi yang dilakukan seseorang untuk mengurangi atau menghilangkan ketegangan psikologi dalam kondisi stress. Coping merupakan respon perilaku dan pikiran terhadap stres yang ada pada diri individu atau lingkungan sekitarnya, pelaksanaannya dilakukan secara sadar oleh individu, bertujuan untuk mengurangi atau mengatur konflik-konflik yang timbul dari diri pribadi dan di luar dirinya, sehingga dapat meningkatkan kehidupan yang lebih baik. Coping juga bermakna upaya yang dilakukan seseorang untuk mengatasi, mengurangi, atau mentolerir ancaman yang menjadi beban perasaan dan dapat menimbulkan stress atau dengan kata lain Coping merupakan reaksi orang ketika menghadapi tekanan kejiwaan sebagai akibat dari beban yang terima (Fara Fahesa, 2022).

#### **Jenis – Jenis Mekanisme Koping**

Menurut (Fara Fahesa, 2022) jenis – jenis mekanisme koping yaitu :

1. Problem solving (berusaha memecahkan suatu masalah
2. Utilizing social support ( tindak lanjut dalam menyelesaikan masalah)
3. Looking for silver lining (upaya menyelesaikan masalah dan diharapkan menerima kenyataan)

#### **Karaktersitik Mekanisme Koping**

Menurut ((Stuart & Sundeen, 2012 dalam (Tamiya et al., 2022)) Karakteristik mekanisme koping terbagi dalam dua jenis kategori, yaitu adaptif dan maladaptif :

1. Mekanisme koping adaptif dimaknai sebagai suatu mekanisme yang berhubungan dan mendukung peran fungsi- fungsi integrasi, pembelajaran, pencapaian tujuan, serta pertumbuhan.
2. mekanisme koping maladaptif dimaknai sebagai mekanisme koping yang sifatnya menghambat bahkan menolak peran dari fungsi-fungsi integrasi, memecahkan pertumbuhan, menjatuhkan otonomi, serta koping maladaptif ini juga lebih banyak mendominasi dari segi lingkungan.

#### **Sumber Koping**

Menurut beberapa ahli dalam (Fara Fahesa, 2022) Faktor yang mempengaruhi coping adalah sebagai berikut :

1. Kepribadian

Carver membagi karakteristik kepribadian manusia berdasarkan tipe- tipenya. Tipe dengan ciri ciri ambisius, kritis terhadap diri sendiri, tidak sabaran, cenderung menggunakan strategi coping yang berorientasikan pada emosi. Sebaliknya seseorang dengan kepribadian dengan ciri ciri rileks, tidak terburu-buru, dan bersikap tenang cenderung menggunakan strstegi coping yang berorientasi pada masalah.

1. Jenis kelamin

Menurut Folkman dan Lazarus, ditemukan bahwa laki-laki dan perempuan sama-sama menggunakan kedua bentuk coping yaitu berfokus pada masalah dan berfokus pada emosi.

1. Tingkat pendidikan

Menurut Folkman dan Lazarus dalam mpenelitiannya menyimpulkan bahwa subjek dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung menggunakan problem focused coping dalam mengatasi masalah mereka.

1. Status sosial dan ekonomi

Menurut Westbrook, seseorang dengan status sosial ekonomi rendah akan menampilkan coping yang kurang aktif, kurang realistis, dan lebih fatal atau menampilkan respon menolak, dibandingkan seseorang yang status ekonominya lebih tinggi.

1. Dukungan sosial

Menurut Pramadi dan Lasmono, dukungan sosial terdiri dari informasi atau nasihat verbal atau nonverbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapat karena kehadiran mereka

## **BAB 3**

## **TINJAUAN KASUS**

### **Pengkajian**

Ruang Rawat : Puri Anggrek Tanggal Masuk : 2 September 2021

#### **Identitas Klien**

Pasien adalah Tn.E dengan no RM XX-XX-XX Seorang laki – laki usia 16 Tahun beragama islam dengan tanggal lahir 4 Oktober 2005. Pendidikan terakhir adalah SMP, Saat pasien pasien tidak bekerja, alamat pasien di Surabaya dan tinggal bersama keluarganya. Pasien adalah anak ke 2 dari 2 bersaudara dan belum menikah

#### **Alasan Masuk**

Pasien dibawa oleh ibu nya ke IGD Rumah Sakit Jiwa Menur pada 2 September 2021 pada pukul 14.35 karena marah – marah dan mendengar suara untuk memukul ibu nya. Pasien mengatakan jika pasien marah – marah karena tidak di kasih uang untuk membli rokok. Lalu pada 2 September 2021 pukul pasien dipindahkan ke Ruang Puri Anggrek dan didapatkan data rekam medis bahwa pasien mondar – mandir dan gelisah. Saat mahasiswa melakukan pengkajian dengan pasien tanggal 20 September 2021 saat diberi pertanyaan pasien kooperatif tetapi kontak mata kurang kepada mahasiswa perawat.

Keluhan Utama : Saat dilakukan pengkajian oleh perawat mahasiswa pada 20 – September – 2021 pasien mengatakan masih mendengar suara yang menyuruhnya untuk memukul ibu nya yang akhirnya ia dibawa ke RSJ oleh ibu yang disebabkan karena pasien tidak dikasih uang untuk membeli rokok, pasien marah lalu mendengar suara yang menuruhnya untuk memukul ibunya.

#### **Faktor Predisposisi**

1. Pernah pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu. Saat ditanya pasien menagatakan sudah 2 kali ini masuk Rumah Sakit Jiwa Menur tahun 2021 yang pertama karena pasien kabur dari rumah dan teriak – teriak dijalan lalu akhirnya dibawa satpol PP ke RSJ Menur
2. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien tidak teratur minum obat.
3. Pasien mengatakan pernah memukul ibunya dan dipukul ibu nya sehingga pasien dan ibu nya saling bertengkar

**Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan dan Koping Keluarga Tidak Efektif**

1. Pasien mengatakan ada pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan pada usia 14 tahun yaitu pasien pernah dibully oleh teman – temannya .

**Masalah Keperawatan : Harga Diri Situasional**

#### **Pemeriksaan Fisik**

1. Tanda Vital

Tekanan Darah : 142/88 mmHg

N : 98x/menit

S : 35,4

RR : 20x/menit

1. Ukur :

TB : 170 cm

BB : 76 kg

1. Keluhan Fisik : pasien saat dikaji mengeluh kepala nya pusing

**Masalah Keperawatan : Nyeri Akut**

#### **Psikososial**

1. **Genogram**

X

16

Keterangan :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | : | Laki – Laki |  | : Saling berhubungan |
|  | : | Perempuan |  | : Pasien |
| X | : | Meninggal Dunia |  |  |
| .............. | : | Serumah |  |  |

**Gambar 3.1 Genogram**

Pasien mengatakan memiliki Ayah, Ibu dan Kakak nya yang masih hidup. Tetapi, pasien hanya tinggal bersama ayah dan ibu nya sedangkan kakak nya tinggal sendiri

**2. Konsep Diri**

**a. Gambaran Diri**

Pasien mengatakan menyukai anggota tubuhnya karena tidak ada kelainan pada anggota tubuhnya yang sekarang dan pasien menyukai anggota tubuhnya yaitu kuku karena bisa digunakan bermain gitar

**b. Identitas**

Pasien mengatakan jenis kelaminnya adalah laki – laki, pasien juga mengatakan nama dirinya adalah E, berusia 16 Tahun, tempat tinggalnya di surabaya. Pasien mengatakan pendidikan terakhirnya SMP dan tidak lanjut ke SMA. Pasien mengatakan bahwa ia belum menikah dan mempunyai 1 orang saudara peremupuan dari 2 bersaudara.

**c. Peran**

Pasien sadar perannya sebagai anak yang harus berbakti kepada orang tuanya.

**d. Ideal Diri**

Pasien mengatakan ingin segera keluar dari RSJ Menur dan mencari pekerjaan menjadi Bos

**e. Harga Diri**

Pasien mengatakan malu dan tidak percaya diri karena mempunyai riwayat masuk rumah sakit jiwa

**Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah Situasional**

1. **Hubungan Sosial**
2. **Orang yang berarti :**

Pasien mengatakan orang yang berarti adalah ibu dan ayahnya

1. **Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat :**

Pasien mengatakan ikut serta dalam kegiatan dalam berkelompok selama di RS, seperti senam setiap pagi dan kegiatan TAK.

1. **Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :**

Pasien mengatakan bahwa ia tidak ada hambatan hubungan dengan orang lain.

**Masalah Keperawatan : Tidak adalah masalah keperawatan**

1. **Spiritual** 
   1. Nilai dan Keyakinan

Pasien yakin bahwa Allah SWT itu ada. Pasien mengatakan bahwa ia beragama islam dan mampu menyebutkan sholat 5 waktu

* 1. Kegiatan ibadah

Pasien jarang melakukan ibadah maupun dirumah dan di rumah sakit.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

#### **Status Mental**

1. **Penampilan**

Saat pengkajian pasien tampak lusuh, tidak mau potong rambut dan potong kuku

**Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri**

1. **Pembicaraan**

Pada saat dikaji pasien mengenai kenapa dia dibawa ke rumah sakit jiwa, pasien mengatakan bahwa dirinya mendengar suara yang menyuruhnya untuk memukul ibu nya. Saat diwawancarai pasien berbicara dengan logatnya keras, gagap, dan respon yang lambat.

**Masalah Keperawatan : Hambatan Komunikasi**

1. **Aktivtas Motorik**

Saat dilakukan wawancara pasien tampak lesu dan tegang tetapi tidak tremor.

**Masalah Keperawatan : Intoleransi Aktivtas**

1. **Alam Perasaan**

Pasien mengatakan bahwa ia khawatir dan putus asa tidak bisa bekerja karena pernah masuk RSJ

**Masalah Keperawatan : Ansietas**

1. **Afek**

Afek pasien datar, dan pada saat dilakukan pengkajian pasien tampak tenang.

**Masalah Keperawatan : Isolasi sosial**

1. **Interaksi Selama Wawancara**

Pasien kooperatif, kontak mata (-), tidak menatap mata perawat, mudah tersinggung dengan pertanyaan yang diberikan perawat.

**Masalah Keperawatan : Hambatan komunikasi**

1. **Presepsi Halusinasi**

Pasien mengatakan ia mendengar suara yang menyuruh untuk memukul ibu nya, waktu saat mau tidur malam, situasi saat sendiri, dan frekuensi selama 2 menit, perasaan yang dirasakan pasien saat mendengar suara yaitu bingung, respon pasien saat halusinasi muncul yaitu ia berusaha untuk menutup telinga.

**Masalah Keperawatan : Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran**

1. **Proses Pikir :**

Cara berfikir pasien lambat, saat diberi pertanyaan pasien mengulangi jawabaannya

**Masalah Keperawatan : Gangguan Proses Pikir : Superfisial**

1. **Isi Pikir**

Pasien mengatakan dan selalu bertanya “ jika rambut gondrong/pinter bisa bikin pusing ?”

**Masalah Keperawatan : Gangguan Proses Pikir**

1. **Tingkat Kesadaran**

Pasien sadar bahwa dirinya saat ini sedang di rumah sakit jiwa karena berobat penyakitnya yang dapat dikontrol dengan minum obat, pasien juga mampu menyebutkan waktu, tempat, dan nama orang yang dikenalinya.

**Masalah Keperawatn : Tidak ada masalah keperawatan**

1. **Memori**

Pasien tidak ada masalah pada gangguan daya ingat, pasien mampu mengingat dalam jangka pendek dan jangka panjang

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. **Tingkat konsentrasinya dan Berhitung**

Pada saat ditanyai mengenai penjumlahan, perkalian, pengurangan dan pembagian, pasien dapat menjawab semuanya dan pasien sulit berkonsentrasi dan pasien belum mudah untuk diarahkan .

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. **Kemampuan penilaian**

Pasien belum mampu menilai bawah merokok dan kopi tidak baik untuk kseshatan. Pada saat memawancarai pasien tentang beberapa pilihan seperti setelah bangun tidur, makan duluan atau mandi duluan, dan pasien menjawab bahwa dirinya memilih makan duluan.

**Masalah Keperawatan : Perubahan proses pikir**

1. **Daya titik diri**

Pasien menyadari bahwa dirinya saat ini berada di Rumah Sakit Jiwa Menur sedang menjalani perawatan karena dirinya mendengar suara – suara yang menyuruhnya untuk memukul ibunya.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

#### **Kebutuhan Pulang**

1. **Kemampuan Pasien Mememnuhi/Menyediakan Kebutuhan :**

Pasien tidak mampu memenuhi atau menyediakan kebutuha makanan, keamanan, pakaian, transportasi, tempat tinggal, perawatan kesehatan dan uang karena pasien saat ini belum bekerja. Pada saat wawancarai pasien, pasien belum mengetahui setelah pulang dari rumah sakit jiwa menur harus selalu teratur minum obat. Pasien mengatakan “minum obat kalau ingat ya”

**Masalah Keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif**

1. **Kegiatan Hidup Sehari – hari** 
   1. **Perawatan Diri**

Pasien mengatakan bahwa pasien jarang mandi karena malas

Jelaskan : pasien tidak mau melakukan mandi, menyikat gigi, cuci rambut, dan gunting kuku secara mandiri. Pada saat pengkajian pada pasien, pasien mengatakan bahwa tidak mau potong rambut oleh perarwat yang di RSJ Menur.

**Masalah Keperawatan : Defisit Perawat Diri**

* 1. **Nutrisi**
     + - 1. Apakah anda puas dengan pola makan anda ? Ya
         2. Apakah anda makan memisahkan diri ? Tidak

Jelaskan : Pasien merasa kenyang saat setelah makan

* + - * 1. Frekuensi makan sehari 3 kali sehari
        2. Frekuensi udapan sehari 3 kali sehari
        3. Nafsu makan meningkat
        4. BB Tertinggi 76 kg BB terendah 70kg
        5. Diet Khusus : Pasien tidak ada diet khusus

Jelaskan : Pasien menghabiskan 1 porsi makananya dan kudapannya

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

* 1. **Tidur**

Hasil pengkajian saat ini ada masalah selama tidurnya. Pasien merasa tidak segar setelah bangun tidur. Saat tidur malam pasien tidur pukul 00.00 dan bangun pukul 06.00. dan pada saat tidur siang pasien mengatakan dari jam 14.00-16.30 WIB. Pasien mengatakan bahwa sulit tidur, gelisah saat tidur, dan terbangun saat tidur karena mendengar suara – suara yang menyuruhnya untuk memukul ibu nya.

**Masalah Keperawatan : Gangguan Pola Tidur**

1. **Kemampuan Pasien Dalam Pemenuhan ADL**

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

**Masalah Keperawatan : Ketidakefektifan penatalaksanaan regimen teraupetik**

1. **Pasien Memiliki Sistem Pendukung**

Pasien mengatakakan bahwa ibu nya dan ayah nya yang berarti dalam hidupnya. Pasien juga mengatakan bahwa keluarganaya selalu menyuruh pasien untuk kontrol dan minum obat teratur sebelum dirinya masuk RSJ ini tetaapi ia tidak mau kontrol dan minum obat teratur.

**Masalah Keperawatan : Koping individu tidak efektif**

1. **Apakah Pasien Menikmati Saat Bekerja Kegiatan yang Menghasilkan atau Hobi :**

Pasien mengatakan bahwa dirinya memiliki hobi bermain gitar. Dan jika dirumah pasien bermain dengan teman – teman nya untuk bermain gitar .

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

#### **Mekanisme Koping**

#### Saat ada masalah pasien selalu marah, pasien mengatakan sudah mulai merokok pada usia 15 tahun dan tidak peduli tentang bahawa merokok

**Masalah Keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif**

#### **Masalah Psikososial dan lingkungan**

#### Pasien tidak memiliki masalah dengan kelompok dan dapat dukungan dari keluarganya

#### Pasien mengatakan tidak memiliki masalah dengan lingkungannya

#### Pasien mengatakan sudah berhenti sekolah sejak lulus SMP dan tidak melanjutkan ke jenjang berikutnya.

#### Pasien mengatakan bahwa dirinya ingin bekerja menjadi Bos

#### Pasien mengatakan semua anggota keluarga dirumah baik tidak ada masalah

#### Pasien mengatakan tidak masalah keuangan dalam keluarga

#### Pasien memanfaat pelayanan kesehatan

#### Masalah lainnya : Pasien pernah mengalami ADHD pada masa kecilnya

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

#### **Pengetahuan kurang tentang**

#### Saat dikasi tentang penyakit jiwa serta obat – obatannya dan pencetus penyakit jiwanya pasien mengatakan tidak tau, dan pasien pasien belum mampu menyebutkan warna – warna dari obat, pasien juga tidak tau sakitnya jika tidak dikontrol akan membahayakan dirinya sendiri dan orang lain sekitarnya

#### **Masalah Keperawatan : Defisit Pengetahuan**

#### **Data lain – lain**

1. Foto Thorax :

Kesan :

Suspect proses keradangan paru DD

* KP Proses /Pneumonia Paru

#### **Aspek medik**

1. Diagnosa Medis : Skizofrenia
2. Terapi Medik :

**Tabel 3.1 Terapi Medik**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Nama Obat | Dosis Obat | Indikasi Obat |
| 1. | Haloperidol | 1,5mg | Obat antipsikotik yang digunakan untuk menangani penyakit skizofrenia. |
| 2. | Clozapine | 25 mg | Obat antispikosis yang diberikan kepada penderita skizofrenia |
| 3. | AbilityDiscment | 10mg | Obat antipsikotik atpikal. Obat diajurkan dan terutama digunakan dalam pengobatan skizofrenia dan gangguan bipolar. Kegunaan lain termasuk terapi tambahan pada penyakit depresi, gangguan tic, dan iritabilitas yang berhubungan dengan autisme |
| 4. | Trhihexpenidil | 2x2mg | Obat yang digunakan untuk mengatasi gejajla ekstrapiramidal akibat efek samping obat tertentu, termasuk antipsikotik |
| 5. | Sentraline | 50mg | Obat yang digunakan untuk antidepresan dari kelas inhibitor reuptake sertonin selektif. |
| 6. | Depakote Er | 500mg | Obat yang digunakam untuk menganani kejang akibat epilepsi serta gangguan bipolar |

#### **Daftar Masalah Keperawatan**

1. Ganggua Presepsi Sensori : Halusinasi
2. Perubahan proses pikir
3. Isolasi sosial
4. Harga Diri Rendah Situasional
5. Gangguan Spiritual
6. Resiko Perilaku Kekerasan
7. Nyeri Akut
8. Defisit Perawatan Diri
9. Hambatan Komunikasi
10. Intoleransi Aktivitas

### **Diagnosis Keperawatan**

Berdasarkan hasil pengkajian dirumuskan bahwa diagnosis urama keperawatan adalah : Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi

Surabaya, 20 September 2021



Uci Kurnia Wulandari

### **Pohon Masalah**

|  |  |
| --- | --- |
| Resiko perilaku kekerasan  ( diri sendiri orang lain, lingkungan dan verbal ) | (Akibat/Effect) |
|  | Defisit Perawatan Diri |
| Gangguan presepsi sensori : Halusinasi pendengaran | (Core Problem/Masalah Utama) |
|  |  |
| Harga Diri Rendah | (Penyebab) |
|  |  |
|  |
| Koping Inidividu Tidak Efektif |  |

### **Analisa Data**

Nama : Tn.E

NIRM :XX-XX-XX

Ruangan : PURI ANGGREK

**Tabel 3..2 Analisa Data Pada Pasien Halusinasi**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hari/tanggal** | **Data** | **Masalah** | **TT Perawat** |
| 20/09/2021 | DS :   * Pasien mengatakan mendengar suara untuk memukul ibunya “ AYO PUKUL – PUKUL “   DO :   * Bersikap seolah olah mendengar sesuatu * Melamun * Melihat kearah lain * Tidak menatap mata perawat | Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi  SDKI D.0085 HAL 190  (Masalah Utama) | Uci |
| 20/09/2021 | DS :  Pasien mengatakan jika pasien marah – marah dan hampir memukul ibunya karena tidak di kasih uang untuk membeli rokok.  DO :   * Saat bercerita suara pasien Cepat, Keras, dan tegas | Resiko Perilaku Kekerasan  ( SDKI D.0146 HAL 312)  Effect | Uci |
| 20/09/2021 | DS :   * Pasien mengatakan ada pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan pada usia 14 tahun yaitu pasien pernah dibully oleh teman – teman * Pasien mengatakan malu dengan kondisinya saat ini dan tidak percaya diri bahwa ia akan bisa bekerja setelah pulang dari RSJ Menur   DO :   * Kontak Mata Kurang | Harga Diri Rendah  ( SDKI D.0086 HAL 192 )  Penyebab | Uci |
| 20/09/2021 | DS :  Pasien mengtakan tidak mau mandi, potong kuku, dan potong rambut  DO :   * pasien tampak lusuh | Defisit Perawatan Diri  ( SDKI D.0109 HAL 240 ) | Uci |
| 20/09/2021 | DS :   * Pasien mengatakan belum mampu untuk memenuhi kebutuhannya sendiri, seperti minum obat setelah pulang dari RSJ * Pasien mengatakan sudah mulai merokok pada usia 15 tahun   DO :   * Perilaku tidak asertif | Koping Tidak Efektif  (SDKI D.0096 HAL 210) | Uci |

### **Rencana Keperawatan**

Nama Pasien : Tn.E Nama Mahasiswa : Uci Kurnia W

NIRM : XX-XX-XX Institusi : STIKES Hang Tuah Surabaya

Ruang Rawat : Puri Anggrek

**Tabel 3.3 Rencana Keperawatan**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Perencanaan | | |
| Tujuan dan Kriteria Hasil | Rencana Keperawatan  SP 1-4 | Rasional |
| 1. | 21/9/2021 | Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi | Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat  *Kognitif :*   1. Pasien mampu mengenali   Halusinasi (jenis,isi,waktu,frekuensi,situasi,  Respon, dan upaya pasien mengontrol halusinasi)   1. Pasien mempu menyebutkan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi   *Psikomotor*   1. Pasien mampu bersalaman dengan perawat 2. Pasien mampu mendemonstrasikan cara menghardik halusinasi   *Afektif :*   1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan cara mengontrol halusinasi 2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan 3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan | 1. Bina hubungan saling percaya dengan komunikasi teraupetik : 2. Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal 3. Perkenalkan diri perawat dengan sopan 4. Jelaskan maksud dan tujuan interaksi 5. Jelaskan akan kontrak yang akan dibuat 6. Beri rasa aman dan sikap empati 7. Lakukan kontak singkat tapi sering   SP 1   1. Membantu pasien mengenali halusasinya (jenis,isi,waktu,frekuensi,respon dan upaya pasien untuk mengontrol halusinasi 2. Jelasakan cara mengontrol halusinasi (menghardik halusinasi/kompromi) 3. Ajarkan cara menghardik atau bersahabat dengan halusinasinya 4. Anjurkan pasien untuk mencatat tindakan yang telah diberikan perawat | BHSP : Meminimalkan rasa cemas/curiga pasien terhadap tindakan yang akan dilakukan  SP 1   1. Pasien dianjurkna untuk mengenal halusinasinya agar pasien tidak bingung dan gelisah 2. Pasien dapat mengontrol halusinasi/mengurangi halusinasi 3. Pasien dapat mendemonstrasikan sendiri teknik menghardik halusinasi tanpa bantuan perawat 4. Pasien dapat mengingat kembali latihan cara menghardik halusinasi |
| 2. | 22/9/2021 | Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi | *Kognitif :*   1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat 2. Pasien mampu mengenali halusinasi (jenis,isi,waktu,frekuensi,situasi, Respon, dan upaya pasien mengontrol halusinasi) 3. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol halsuinasi dengan cara ke 1 yaitu menghardik halusinasi dan cara mengontrol halusinasi yang ke 2 yaitu Bercakap – cakap dengan orang lain   *Psikomotor :*   1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat 2. Pasien mampu mengikuti dan mendemonstrasikan cara bercakap – cakap dengan orang lain jika halusinasi muncul   *Afektif :*   1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat 2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan 3. Pasien mampu membedakan perasaanya sebelum dan sesudah latihan | SP 2   1. Evaluasi kegiatan yang lalu 2. Pasien mampu mengenali halusinasinya (isi,waktu,frekuensi,respon,dan upaya pasien untuk mengontrol halusinasi 3. Pasien mampu mempraktikkan cara mengontrol halusinasi yang pertama yaitu menghardik halusinasi 4. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ke 2 yaitu : bercakap – cakap dengan orang lain 5. Anjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari – hari | 1. Menguji pasien apakah masih ingat dan memberi pujian untuk menyemangati 2. Untuk menghindari pasien mengalami gangguan interaksi sosial dan mengurangi halusinasi 3. Untuk mengingat latihan menghardik halusinasi dan bercakap – cakap dengan orang lain |
| 3. | 23/09/2021 | Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi | *Kognitif :*   1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat 2. Pasien mampu mengenali halusinasinya (isi,waktu,frekuesni,respon dan upaya mengontrol halusinasi) 3. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap – cakap dan menyusun jadwal dan aktivitas   *Psikomotor* :   1. Pasien mampu dan mau bersalaman dengan perawat 2. Pasien mampu mendemonstrasikan cara mengontrol halusinasi yang pertama yaitu menghardik halusinasi 3. Pasien mampu mendemonstrasikan cara mengontrol halsuinasi yang ke dua yaitu bercakap – cakap dengan orang lain 4. Pasien mampu mendemontrasikan cara mengontrol halusinasi yang ke tiga yaitu menyusun jadwal dan akitivitas   *Afektif* :   1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan cara mengontrol halusinasi 2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan 3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan | **SP 3**   1. Evaluasi kegiatan yang lalu 2. Pasien mampu mengenali halusinasinya (isi,waktu,frekuensi,respon,dan upaya pasien untuk mengontrol halusinasi 3. Pasien mampu mempraktikkan cara mengontrol halusinasi yang pertama yaitu menghardik halusinasi 4. Pasien mampu mempraktikkan cara mengontrol halusinasi yang kedua yaitu bercakap – cakap dengan orang lain 5. Melatih pasien untuk melakukan aktivitas dan jadwal harian untuk mengontrol halusinasi 6. Membantu pasien menyusun jadwal kegiatan aktivitas dan jadwal harian 7. Anjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari – hari | 1. Untuk mengecek pasien apakah masih mengingat dengan 2 latihan cara mengontrol halusinasi 2. Pasien dapat melakukan rutinitas kegiatan secara mandiri untuk mengontrol halusinasi 3. Untuk mengingatkan kegiatan aktivitas yang terjadwal pasien agar halusinasi terkontrol 4. Untuk mengingat latihan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi, bercakap – cakap dan menyusun aktivitas jadwal |
| 4. | 24/09/2021 | Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi | *Kognitif :*   1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat 2. Pasien mampu mengenali halusinasinya (isi,waktu,frekuesni,respon dan upaya mengontrol halusinasi) 3. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap – cakap, menyusun jadwal dan aktivitas, dan mampu minum obat dengan cara yang benar   *Psikomotor :*   1. Pasien mampu dan mau bersalaman dengan perawat 2. Pasien mampu mendemonstrasikan cara mengontrol halusinasi yang pertama yaitu menghardik halusinasi 3. Pasien mampu mendemonstrasikan cara mengontrol halsuinasi yang ke dua yaitu bercakap – cakap dengan orang lain 4. Pasien mampu mendemontrasikan cara mengontrol halusinasi yang ke tiga yaitu menyusun jadwal dan akitivitas 5. Pasien dapat minum obat dengan prinsip (nama pasien, nama obat, waktu minum obat, benar manfaat obat)   *Afektif :*   1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan cara mengontrol halusinasi 2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan 3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan | SP 4   1. Evaluasi kegiatan yang lalu 2. Pasien mampu mengenali halusinasinya (isi,waktu,frekuensi,respon,dan upaya pasien untuk mengontrol halusinasi 3. Pasien mampu mempraktikkan cara mengontrol halusinasi yang pertama yaitu menghardik halusinasi 4. Pasien mampu mempraktikkan cara mengontrol halusinasi yang kedua yaitu bercakap – cakap dengan orang lain 5. Pasien mampu membuat aktivitas yang terjadwal untuk mengontrol halusinasi 6. Melatih dan menjelaskan pada pasien prinsip cara minum obat (nama pasien, nama obat, waktu minum obat, benar manfaat obat) 7. Anjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari – hari | 1. Untuk mengecek apakah masih ingat dengan 3 latihan cara mengontrol halusinasi 2. Untuk menambah wawasan dan informasi pada pasien tentang mengkonsumsi obat dengan cara yang benar 3. Untuk mengingat latihan kegiatan yang sudah diajarkan perawat |

### **Implementasi dan Evaluasi Keperawatan**

**Tabel 3.4 Rencana Keperawatan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hari/Tanggal** | **Diagnosa Keperawatan** | **Implementasi** | **Evaluasi** | **TT Perawat** |
| 21/9/2021 | Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi | 1. Membina hubungan saling percaya pada pasien dengan menggunakan prinsip komunikasi teraupetik.   (Selamat pagi mas, perkenalkan nama saya Uci mahasiswa Stikes Hang Tuah Surabaya, saya adalah perawat dinas pagi di ruangan Puri Anggrek ini, kalau boleh tau mas nama nya siapa ? “ Pagi mbak, nama saya E” “Mas E, Bagaimana perasaannya hari ini ? Ada keluhan apa hari ini“ “ Saya gabisa tidur mbak, saya masih mendengar suara – suara yang menyuruh saya untuk memukul ibu saya” “ Baiklah mas, bagaimana kalau kita bercakap – cakap tentang suara – suara yang selama ini mas E dengar tapi tidak ada wujudnya ? “ “ Iya mbak “ “Mas E mau mengobrol dimana ? “ “ Di kursi sana aja mbak “ “ Baik, bagaimana kalau kita mengobrol selama 30 menit ? “ “ Iya mbak, “  SP 1   1. Membantu pasien mengenali halusinasi,   (“Apakah mas E mendengar suara tanpa ada wujudnya? Apa yang dikatakan suara itu?” “Ayo Pukul – Pukul gitu mbak” “Apakah terus – menerus terdengar atau sewaktu –waktu? Kapan yang paling sering amas E dengar suara ? berapa kali sehari mas E alami? Dan pada waktu apa mas E dengar suara itu?” “ Sewaktu – waktu aja mbak, 2x sehari dalam waktu 2 menit , kalau mau tidur saya dengar suara itu sampai gabisa tidur “ “Apa yang mas E rasakan saat mendengar suara itu ? “ “ Binggung mbak , pusing “ “ Apa yang mas E lakukan ketika dengar suara itu ? “ “ Menutup telinga aja mbak, saya bingung” “ apakah dengan cara tersebut suara itu hilang ?” “ kadang ada kadang hilang mbak”   1. Menjelaskan cara – cara mengontol halusinasi   (“ Bagaimana kalau kita belajar cara untuk mencegah suara – suara itu “ “ Iya mbak saya mau” “ Baik, mas E ada 4 cara untuk mencegah suara – suara itu muncul. Yang pertama degan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan yang keempat minum obat dengan teratur “ “Oalahh, iya mbak”)   1. Mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara pertama ( menghardik)   (“Bagaimana kalau hari ini kita belajar satu cara dulu yaitu dengan cara menghardik “ “iya mbak. Giman itu? “ “ Cara nya seperti ini, saat suara – suara itu muncul langsung mas bilang “ Pergi sana, saya tidak mau dengar, kamu palsu” begitu terus di ulang – ulang. “ “sekarang coba mas peragakan!” “Pergi sana, kamu palsu” “ nahhh.... bagus mas hebat mas bisa mempergakan cara menghardik halusinasi” “ iya mbak, terima kasih” “Bagaimana perasaan mas dengan obrolan kita, dan setelah peragaan latihan tadi ? “  “ saya merasa sedikit lega mbak” “kalau muncul suara itu lagi silahkan coba cara tersebut ya” “iya mbak” )   1. Membantu pasien membuat jadwal latihan (“bagaimana kalau kita buat jadwal latihan? “ iya mbak” “ kalau 1 jam lagi bagaimana ? “ “ iya mbak boleh“ “ berapa lama mas mau latihannya? “ “terserah mbak” “ 15 menit saja bagaimana? “ “ iya mbak” ) 2. Kobtrak yang akan datang   (“bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan suara – suara dengan cara yang kedua? “ “ iya mbak besok tidak apa – apa “ “jam berapa mas ? “ “ jam yang kaya sekarang aja mbak” “ mas E mau tempat nya dimana ? “ “ disini lagi aja mbak” “Baik mas diskusi kita sudah selesai kita lanjutkan besok tentang cara mengontrol halusinasi yang kedua yaitu bercakap – cakap jam dan tempat seperti hari ini ya ? “ “ Iya mbak “ “ Baiklah, sampai jumpa besok ya mas “ “ iya mbak”) | S:   1. Pasien mengatakan namanya isalah Tn.E. pasien mengatakan tinggal di surabaya,pasien berkenan diajak berbincang oleh perawat 2. Pasien mengatakan ia mendengar suara – suara yang menyuruhnya untuk memukul ibu nya 3. Pasien mengatakan suara itu muncul saat sebelum tidur, sendirian, melamun, waktunya 2 hari sekali selama 5 menit, dan pasien mengatakan bingung apabila suara itu muncul     O :  *Afektif*   * Pasien kooperatif dan antusias   *Kognitif*   * Pasien mampu menyebutkan isi, waktu, frekuensi halusinasi dan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik   *Psikomotor*   * Pasien mampu mengikuti cara menghardik halusinasi   A : Sp 1 teratasi  P : Evaluasi sp 1 dan lanjutkan SP 2 | Uci |
| 22/9/2021 | Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi | 1. Membina hubungan saling percaya pada pasien dengan menggunakan komunikasi teraupetik   (“Selamat sore mas E, masih ingat nama saya ? “ “ mbak.... Uci ya ? “ “ iya betul sekali”)  SP 2   1. Mengevaluasi jadwal kegiatan pasien   (“ Bagaimana perasaan masn E saar ini ? apakah suara nya masih muncul ?” “ apakah sudah dipakai cara yang telah kita latih? “ “ sudah mbak, sana pergi kamu palsu!” “berkurangkan suaranya? “ “ iya mbak berkurang” “bagus! Sesuai janji kita kemarin, saya akan latih cara yang kedua untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap dengan orang lain. Kita akan latihan selama 20 menit” “ iya mbak” “mau dimana? Disini saja atau pindah tempat?” “ disini saja mbak”   1. Melatih pasien mengontrol halsuinasi dengan cara kedua yaitu bercakap cakap dengan orang lain   (“Cara kedua untul mecegah / mengontrol halusinasi yang lain adalah dengan bercakp – cakap dengan orang lain. Jadi kalau mas E mendengar suara suara, langsung saja mencari teman untuk diajak ngonrol. Minta teman untuk mengobrol dengan mas E Contohnya gini,: .... tolong, saya mulai dengar suara – suara . ayo ngonrol dengan saya, begitu, coba mas E lakukan seperti yang saya tadi lakukan” “ tolong, saya mendengar suara suara itu lagi, ayo ngobrol dengan saya” “ya begitu, bagus, coba sekali lagi “ “ hei, tolong, suara itu muncul lagi, ayo ngobrol dengan saya, “ “ nah bagus latih terus ya mas E”   1. Validasi pada pasien   (“bagaimana perasaan mas E setelah latihan ini? “ “ lega mbak “ “ bagus, cobalah kedua cara ini kalau mas E mengalami halusinasi lagi. Bagaimana kalau kita masukkan kegiatan harian mas E, mau jam berapa nanti latihan bercakap – cakap lagi? “ “ jam 6 aja mbak “ “ okay, nanyi lakukan secara treratur serta sewaktu – waktu suara itu muncul” “ iya mbak”   1. Rencana tindak lanjut   “ besok saya akan kesini lagi ya, ketemu lagi untuk latih cara yang ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal ? “ “ iya mbak” “ mau jamberapa? Dan dimana ?” “ disini dan jam seperti ini lagi mbak” “ okay sampai besok ya mas E” | S :   * Pasien mengatakan suara – suara itu masih muncul   O :  *Afektif*   * Pasien kooperatif dan antusias   *Kognitif*   * Pasien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi yang 1 dengan cara menghardik * Pasien mampu bercakp – cakap dengan pasien lain   *Psikomotor*   * Pasien mampu mengikuti cara mengajak orang lain mengobrol untuk mencegah halusinasi muncul   A : SP 1 dan Sp 2 teratasi  P : Evaluasi Sp 2 dan lanjut SP 3 | Uci |
| 23/09/2021 | Gangguan Presepsi Sensori : Haluinasi | 1. Membina hubungan saling percaya pada pasien dengan menggunakan prinsip komunikasi teraupetik   ( “selamat sore mas E, masih ingat kan dengan saya ? “ “ ingat, mbak uci kan ? “ “ iya betul”)  SP 3   1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien   (“ bagaimana perasaan mas E ?” apakah suara suara itu masih muncul ? apakah kedua cara kemarin digunakan?“ “ masih mbak tetapi sudah berkurang, iya mbak jadi pas kemarin muncul lagi itu saya langsung bilang sana pergi kamu palsu, tapi belum hilang juga akhirnya saya ajak ngobrol teman disini, saya ngobrol sama mas A” “ bagus! Sesuai janji kita hari ini kita akan belajar cara yang ketiga untuk mencegah halusinasi yaitu melakukan kegiatan terjadwa” “ mau dimana ? “ “ disini saja mbak” )   1. Melatih papsien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga ( melaksanakan aktivitas terjadwal )   (“ apa saja yang biasa mas E lakukan?” “kalau pagi saya senam mbak, “ “ terus ... terus “ habis senam saya nonton tv di ruang makan, sama ngobrol “ “kalau siang saya tidur mbak “ “ teruss .. terus.. “ “ sore nya saya nonton tv lagi dan ngobrol “ malam nya saya makan malam, terus nonton tv dikamar “ “ bagus sekali mas E, kegiatan ini dapat mas E lakukan untuk mecegah suara itu muncul , kegiatan lain akan kita latih lagi agar dari pagi sampai malam ada kegiatan “   1. Rencana tindak lanjut   “ bagaimana perasaan mas E setelah kita bercakap – cakap cara yang ketiga untuk mencegah suara – suara itu? “ “ senang mbak” “ bagus sekali!” “ coba sebutkan 3 caar yang telah kita latih untuk mencegah suara suara itu muncul “ “ yang pertama bilang sana pergi kamu palsu, yang kedua ajak teman ngobrol , dan ketiga aktivitas “ “mari kita masukkan ke jadwal harian ya dan coba lakukan sesuai jadwal” “ bagaimana kalau besok kita ketemu lagi membahasa cara minum obat yang baik serta guna obat.” “ iya mbak” “mau jam berapa? “ “ kaya gini aja mbak “ “ okay sampai jumpa besok ya” | S :   * Pasien mengatakan suara suara yang muncul itu berkurang   O :  *Afektif*   * Pasien kooperatif dan antusias   *Kognitif*   * Pasien mampu melakukan cara mengharik halusinasi dan bercakap – cakap dengan orang lain jika suara itu muncul * Pasien mampu menyebutkan aktivitas yang terjadwal   *Psikomotor*   * Pasien mampu melakukan aktivitas terjadwal   A : SP 1,2 dan 3 Teratasi  P : Evaluasi SP 1,2,3, dan lanjutkan SP 4 | Uci |
| 24/09/2021 | Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi | 1. Membina hubungan salin percaya pada pasien menggunakan komunikasi teraupetik   (“Selamat sore mas E, sesuai dengan janji saya kemari, sekarang kita bertemu lagi “ “ iya mbak uci” )  SP 4   1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien   ( “Bagaimana perasaan mas E saat ini? Apakah suara suara itu masih muncul ? “ “ baik mbak, sudah berkurang mbak, muncul hanya satu kali saja semalam” “ apakah pagi ini sudah minum obat?” “ sudah mbak” “ baik hari ini kita akan mendiskusikan tentang obat- obatan yang mas E minum, kita akan diskusi selama 20 menit, mau dimna tempatnya? “ “ di ruang makan aja mbak “ “ okay mari kita kesana”)   1. Melatih pasien menggunakan obat secara teratur   (“ Mas E, adakah bedanya setelah minum obat secara teratur ? apakah suaranya berkurang/hilang?” “ iya mbak berkurang “ “mas E minum obat sangat penting supaya suara – suara yang mas E dengar dan menganggu selama ini tidak muncul lagi. Berapa macam obat yang mas E minum? “ “ 4 mbak “ “ini yang warna warna putih (HP) minumnya 3x sehari gunanya untuk mencegah suara suara itu muncul, yang kedua warna putih ada garis tengahnya (THP) untuk rileks dan tidak kaku, lalu yang ketiga (AD) kecil ini, obat untuk biar tennag . kalau suara – suara itu muncul, obatnya tidak boleh dihentikan nanti dikonsulkan dokter sebagian kalau putus obat, Mas E bisa kambuh dan sulit untuk mengembalikan keadaan semula. Mas E harus teliti saat menggunakan obat, pastikan obat nya benar, artinya mas E hanya memastikab bahwa itu benar – benar punya mas E. Jangan keliru dengan orang lain . Pastikan obat itu diminum pada waktunya dengan cara yang benar, yaitu diminum setelah makan dan tepat jamnya. Mas E juga harus perhatikan berapa jumlah oabat sekali minum , dan harus cukup minum 10 gelas per hari “   1. Evaluasi   (“ Bagaimana perasaan mas E setelah kita bercakap – cakap tentang obat “ “ lumayan paham mbak” “ sudah berapa cara kita latih untuk mencegah suara suara itu muncul ? coba sebutkan “ “ ada 4 mbak, yang pertama sana pergi kamu palsu, yang kedua ngobrol dengan teman, yang ketiga melakukan aktivtas, yang keempat minum obat” “ ya bagus, mari kita masukkan jadwal minum obat pada jadwal kegiatan mas E” “ jangan lupa pada waktu minum obat , minta obat ke perawata atau waktu dirumah, minta ke ibu atau ayah ya” “ iya mbak, insyaallah ya kalau ngga lupa nanti dirumah “ “baik, jangan sampai lupa ya!” “ iya mbak” “baik mas E kita sudah selesai untuk melakukan 4 cara mecegah suara – suara itu muncul, selalu lakukan keempat cara terbut saat suara itu muncul ya mas E. Semoga sehat selalu” | S :  Pasien mengatakan suara itu hanya sekali saja munculnya kemarin malam  O :  *Afektif*   * Pasien kooperatif dan antusias   *Kognitif*   * Pasien mampu menyebutkan ke 4 cara mengontrol halusinasi dengan   *Psikomotor*   * Pasien mampu melakukan ke 4 cara untuk mengontrol halusinasi   A : SP 1,2,3, dan 4 teratasi  P : Intervensi dan SP dihetikan | Uci |

## **BAB 4**

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Bab ini menguraikan pembahasan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhana keperawatan pada pasien Tn.E dengan masalah utama Halusinasi di Ruang Puri Anggrek Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

### **Pengkajian**

Tahap ini penulis menemukan beberapa kesenjangan pada saat melakukan pengkajian yang nantinya akan penulis jelaskan satu persatu pada tahap pengkajian ini, untuk tahap pengumpulan data penulis telah melakukan perkenalan dan menjelaskan maksud dan tujuan penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien sangat terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Menurut penulis terdapat data pengkajian tanda dan gejala pasien seperti beberapa perilaku pasien yang muncul pada tinjauan kasus. Pada saat di wawancarai oleh penulis, terdapat data mayor subjektif pasien mengatakan mendengarkan suara untuk menyuruhnya memukul ibu nya. Terdapat data mayor objektif pasien tampak bingung, gelisah, kontak mata kurang dengan perawat, dan saat wawancara pasien sering melamun. Hal ini sesuai dengan penelitian menurut (Putri et al., 2021) tanda dan gejala Halusinasi yaitu sebagai berikut :

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

Berdasarkan data yang diperoleh tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus. Didapatkan bahwa pasien dengan Halusinasi selalau sama dengan tinjauan teori dalam tanda dan gejala kasus yang sama seperti yang ditampilkan dalam tinjauan kasus. Dalam tinjauan kasus terdapat data yaitu pasien mengatakan mendengar suara untuk memukul ibu nya, pasien tampak gelisah, kontak mata kurang kepada perawat. Dapat terlihat bahwa tanda dan gejala dalam tinjauan kasus sama seperti yang ada di tinjauan teori.

Dalam tinjauan kasus ini didapatkan bahwa pasien sudah 2 kali ini masuk dan dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menut. Pasien pertama kali masuk di Rumah Sakit Jiwa Menur pada bulan Juli 2021 karena pasien teriak – teriak dijalan. Pengobatan pasien tidak berhasil waktu itu, pasien juga tidak rutin kontrol dan jarang mengkonsumsi obat secara teratur. Dan untuk yang kedua ini pasien masuk tanggal 2 September 2021 dengan masalah utama Halusinasi dengan diagnosa medis Skizofrenia. Saat penulis berada di ruangan didapatkan pasien sudah mulai membaik tidak seperti pada awal masuk yang suka mondar – mandir.

Pada tinjauan teori faktor predisposisi didapatkan faktor yang berakibatkan atau berpengaruh terhadap Halusinasi adalah Faktor perkembangan pasien yaitu pada saat pasien mengalami halusinasi yang menyuruhnya untuk memukul ibunya, lalu ibu nya malah memukul pasien. Adapun juga faktor presipitasi yang berakibat atau berpengaruh pada pasien adalah Faktor Sosial Budaya yaitu kehilangan harga diri yang membuktikan pasien mengatakan ia ragu dan khawatir tidak bisa bekerja karena riwayat masuk Rumah Sakit Jiwa.

Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan teori dikarenakan saat pengkajian, dalam tinjauan kasus terdapat pengobatan tidak berhasil dan jarang kontrol sedangkan dalam tinjuan teori terdapat beberapa faktor yaitu faktor faktor perkembangan (Predisposisi), dan faktor Sosial budaya (Presipitasi).

Saat pengkajian didapatkan faktor perilaku pasien menurut teori dari (Dermawan Deden, 2013) dalam bukunya, fungsi kognitif pasien tidak mampu untuk mempertahankan perhatiannya/mudah teralih, serta konsentrasi pasien buruk. Isi pikir pasien tidak mampu memproses stimulus interna dan eksterna dengan baik sehingga terjadi somatic. Selain itu, Fase halusinasi pada saat pengakajian, pasien berada di Fase ke 1 yaitu fase Comforting dengan menunjukkan perilaku tertawa/tersenyum yang tidak sesuai, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat. Hal tersebut sesuai dengan teori Fase Halusinasi menurut ( Depkes RI, 2000 dalam buku (Dermawan Deden, 2013). Berdasarkan hasil pengkajian tersebut penulis mendapatkan diagnosa keperawatan Halusinasi.

### **Diagnosa Keperawatan**

Dalam pengambilan diagnosa keperawatan ada kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus, diagnosa yang ada pada tinjauan teori adalah Isolasi sosial sebagai penyebabnya, Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi sebagai masalah utama, dan Resiko perilaku kekerasan (Diri sendiri, orang lain, individu dan lingkungan) sebagai efek dari masalah utama. Sedangkan pada tinjauan kasus yang penulis dapatkan adalah Harga diri rendah sebagai penyebabnya, Gangguan presepsi Sensori Halusinasi sebagai masalah utama, dam Resiko perilaku kekerasan sebagai efek dari masalah utama.

Hasil pengumpulan data penulis yang dilakukan pada pasien diagnosa keperawatan yaitu Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi, bahwa Halusinasi dibuktikan dengan

Kemudian dari hasil analisa data dan pengkajian telah didapatkan data yaitu pasien mendengar suara yang menyuruhnya untuk memukul ibu nya “ Ayo Pukul – Pukul, Bersikap seolah olah mendengar sesuatu, Melamun, Melihat kearah lain Tidak menatap mata perawat. Sudah sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Dermawan Deden, 2013) bahwa faktor yang mendukung untuk menegakkan masalah Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi dalah yang pertama faktor biologis seperti Mendengar suara untuk menyuruh memukul ibu nya, yang kedua faktor psikologis contohnya kontak mata kurang pada perawat, wajah menunjukkan kegelisahan.

Berdasarkan data dari pohon masalah didapatkan masalah keperawatan sebagai berikut :

1. Resiko Perilaku Kekerasan Pasien mengatakan jika pasien marah – marah dan hampir memukul ibunya karena tidak di kasih uang untuk membeli rokok, Saat bercerita suara pasien Cepat, Keras, dan tegas.
2. Gangguan Presepsi Sensori, Halusinasi pasien mengatakan mendengar suara yang menyuruhnya untuk memukul ibu nya, pasien mengatakan gelisah dan bingung saat halusinasi itu muncul.
3. Gangguan konsep diri : Harga diri rendah, data yang didapatkan pada pasien yaitu pasien khawatir, ragu, dan malu karena kondisinya saat ini ia tidak yakin bisa bekerja karena riwayat masuk Rumah Sakit Jiwa.

### **Rencana Keperawatan**

Menurut data tinjauan pustaka dan tinjauan teori pada SP 1 yaitu pasien bisa membina hubungan saling percaya, membantu pasien mengenal halusinasi (isi,frekuensi,waktu,upaya), mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara pertama : Menghardik Halusinasi. Menurut data tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pada SP 2 yaitu melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara kedua yaitu bercakap – cakap dengan orang lain. Menurut data tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pada SP 3 yaitu melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga ( melaksanakan aktivitas secara terjadwal). Menurut data tinjuan pustaka dan tinjauan kasus pada SP 4 yaitu melatih pasien menggunakan obat secara teratur dan menggunakan obat secara benar.

Menurut penulis semua direncakan sesuai teori seperti SP 1 yaitu membantu pasien mengenal halusinasi dan mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara pertama : menghardik halusinasi, SP 2 melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara kedus yaitu bercakap – cakap dengan orang lain, SP 3 melatih pasien melaksanakan aktivitas secara terjadwal, dan SP 4 yaitu menggunakan obat secara teratur.

### **Pelaksanaan**

Pada tinjauan kasus SP keluarga tidak dapat direncanakan dan dilaksanakan karena selama penulis melaksanakan pengkajian keluarga tidak pernah mengunjungi pasien. Sedangkan dalam tinjauan pustaka menurut (Dermawan Deden, 2013) rencana tindakan keperawatan keluarga bertujuan untuk keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien baik dirumah sakit maupun dirumah, dan keluarga dapat menjadi sistem pendukung yang efektif untuk pasien.

Pada implementasi keperawatan penulis bisa memberikan pasien SP 1 memabntu pasien mengenal halusinasi dan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi, SP 2 melatih pasien mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap dengan orang lain, SP 3 melatih pasien untuk melakukan aktivitas terjadwal, dan SP 4 meggunakan obat secara teratur. Penulis tidak ada keterbatasan waktu untuk melaksanakan asuhan keperawata jiwa Tn.E di Rumah Sakit Jiwa Menur yang dilaksanakan selama 2 minggu.

Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjuan teori, karena pada tinjauan kasus penulis dapat memberikan 4 SP karena tidak ada keterbatasan waktu untuk melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada Tn.E di Rumah Sakit Jiwa Menur. Dan itu tidak membuat kurangnya efektifitas asuhan keperawatan jiwa pada pasien Halusinasi.

Pada tanggal 20 September 2021 dilakukan tindakan SP 1 yang terdiri dari membina hubungan saling percaya terhadap pasien dan perawat. Pasien bisa mengenal halusinasinya, dan mengontrol halusinasi nya dengan cara menghardik halusinas. Dalam pertemuan pertama pasien mampu menyebutkan nama, alamat, dan pasien berkenan untuk diajak berdiskusi tentang halusinasi. Pada pelaksanaan SP 1 pasien mampu menjawab semua pertanyaan dengan kooperatid namun kontak mata kurang kepada perawat. Pada hasil wawancara respon pasien secara verbal dari mulai perkenalan pasien mengatakan “Iya mbak, nama saya Tn.E “ kemudian oleh penulis ditanyakan mengenai perasaannya saat ini dan pasien menjawab “Saya mendengar suara yang mneyuruh saya untuk memukul Ibu, saya bingung kalau suara itu muncul, suaranya muncul saat saya sendirian, kalau suaranya muncul saya langsung tutup telinga aja, itu munculnya saat malam mau tidur yang akhrinya saya gabisa tidur mbak”. Pada saat dikaji pasien mampu mengenali halusinasinya dengan menyebutkan Jenis halusinasi, Isi halusinasi, Waktu Halusinasi. Pasien juga mampu mengontrol halusinansi dengan cara pertama yaitu : menghardik halusinasi dan pasien kooperatif meskipun kontak mata pasien kurang.

Menurut penulis saat dilakukan tindakan SP 1 tidak ada halangan dan pasien bisa mempraktikkan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi dengan cara ini penulis berharap pasien dapat mengontrol halusinasinya yang sudah diajarkan perawat. Pasien mudah sekali menerima intervensi dari perawat dikarenakan pasien sudah pernah masuk Rumah Sakit Jiwa. Dan secara kognitif, afektif, dan psikomotorik pasien mampu mengenali halusinasinya dan mempraktikkan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi.

Pada tanggal 21 September 2021 dilakukan tindakan SP 2 yang terdiri dari mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien tentang mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain. Pada saat wawancara pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik saat halusinasi muncul dan mampu mempraktikkan cara bercakap – cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul. Untuk ini penulis berasumsi bahwa pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi dan bercakap – cakap dengan orang lain meskipun kontak mata pasien kurang.

Menurut penulis secara kognitif, afektif , dan psikomotorik pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain. Dengan cara ini penulis berharap pasien saat halusinasi pasien bisa mengontrolnya dengan bercakap – cakap dengan orang lain.

Pada tanggal 22 September 2021 dilakukan tindakan SP 3 yaitu melakukan aktivitas secara terjadwal. Pasien mengatakan bahwa dia sudah mencoba mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan bercakap – cakap dengan orang lain. Pada SP 3 ini perawat mahasiwa membantu pasien untuk menyusun kegiatan jadwal harian agar bisa mengontrol halusinasinya. Pada saat wawancara pasien juga mampu membuat aktivitas yang terjadwal.

Menurut penulis secara kognitif, afektif, dan psikomotorik pasien mengontrol halusinasi dengan cara membuat jadwal harian pasien. Dengan cara ini penulis berharap pasien bisa melakukan aktivitasnya yang sudah terjadwal agar bisa mencegah halusinasi muncul.

Pada tanggal 23 September 2021 dilakukan tindakan SP 4 yaitu menggunakan obat secata teratur. Pasien mengatakan mampu mengevaluasi jadwal harian dan mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap – cakap dengan orang lain, dan melakukan aktivitas yang terjadwal saat halusinasinya muncul. Pada SP 4 ini perawat melatih pasien dengan menggunakan obat secara teratur, pasien mampu mengikuti pengobatan yang diberikan selama di Rumah Sakit Jiwa Menur.

Menurut penulis secara kognitif, afektif dan psikomotorik pasien mampu menggunakan obat secara teratur. Penulis berharap bahwa pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara minum obat.

Pada tinjauan kasus dan tinjauan teori terdapat kesenjangan yaitu pada tinjauan teori menyebutkan bahwa tindakan keperawatan dilakukan pada pasien dan juga keluraga, sedangkan dalam tinjauan kasus penulis tidak dapat direncanakan dan dilaksanakan tindakan keperawatan pada keluarga, karena selama pengkajian keluarga tidak pernah mengunjungi dan tidak diperbolehkan untuk mengunjungi pasien dikarenakan pandemi COVID-19 di Rumah Sakit Jiwa Menur.

### **Evaluasi**

Pada tinjauan teori evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

Evaluasi pada tinjauan teori berdasarkan observasi perubahan tingkah laku dan respon pasien. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dilakukan setiap hari selama pasien dirawat di rumah sakit. Evaluasi tersebut menggunakan SOAP sehingga terpantau respon papsien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan

Pada waktu dilaksanakan evalusasi, penulis melakukan SP 1 tanggal 20 September 2021 dan pasien mampu membina hubungan saling percaya dan mampu mencapai SP 1 yaitu mengenal halusinasi, mempraktikkan cara menghardik halusinasi dan menganjurkan pasien untuk mencatat tindakan yang telah diberikan.

Pada evalusasi hari berikutmya tanggal 21 September 2021 dilanjutkan dengan SP 2 pasien mampu membina hubungan saling percaya, pasien juga mampu mengevaluasi kegiatan harian, mampu mempraktikkan kembali cara menghardik halusinasi dan pasien mampu mencapai SP 2 yaitu cara mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap dengan orang lain.

Pada evaluasi hari ketiga tanggal 22 September dilanjutkan SP 3 pasien mampu membina hubungan saling percaya, pasien juga mampu mengevaluasi kegiatan harian, mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan bercaakap – cakap, dan pasien mampu mencapa SP 3 yaitu melakukan aktivitas secara terjadwal.

Pada evaluasi terakhir tanggal 23 September 2021 dilanjutkan SP 4 pasien mampu membina hubungan saling percaya, pasien juga mampu mengevaluasi kegiatan harian, mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi, bercakap – cakap dengan orang lain, dan melakukan aktivitas secara terjadwal. Pasien mampu mencapai SP 4 yaitu menggunakan obat secara teratur.

Hasil evalusasi pasien Tn.E sudah diterapkan dan oerawat sudah memberikan asuhan keperawatan selama 4 hari dan evaluasi diharapkan masalah teratasi. Secara afektif, kohnitif dan psikomotorik pada evaluasi SP 1 pasien sangat kooperatif dan antusias untuk menyebutkan jenis,is waktu dan upaya pasien yang dilakukan saat halusinasi, dan pasien juga mampu mengikuti dan mempraktikkan cara menghardik halusinasi. Evaluasi SP 2 penulis mengevaluasi bahwa secara afektif, kognitif, dan psikomootrik pasien sangat kooperatif serta antusias mengikuti latihan, pasien mampu mengikuti dan mempraktikkan cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain. Evaluasi SP 3 penulis mengevaluasi bahwa secara afektif, kognitif, dan psikomotorik pasien sangat kooperatif serta antuaias untuk membuat jadwal aktivitas yang terjadwal. Evaluasi SP 4 pasien sangat kooperatid serta antusias untuk mengikuti latiham, pasien mapu menyebutkan dan mempraktikkan kembali cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap – cakap dengan orang lain, dan menyusun akktivitas yang terjadwal. Pasien juga mampu mengikuti pengobatan teratur di Rumah Sakit Jiwa Menur.

## **BAB 5**

## **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa secara langsung pada pasien dengan Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi di Ruang Puri Anggrek Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timut, maka peulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi

### **Kesimpulan**

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi, maka penulis dapat mengambil keputusan sebagi berikut :

1. Pada pengkajian keperawatan jiwa diagnosa medis Skizofrenia dengan masalah utama Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi pada Tn.E didapatkan bahwa kesimpulan pasien memiliki perilaku yang lebih baik dibandingkan dengan pertama kali ia masuk Di Ruang Puri Anggrek 2 September 2021
2. Pada penegakan diganosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa diagnosa medis Skizofrenia dengan masalah utama Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi pada pasien Tn.E didapatkan tiga permasalah actual, yaitu (1) Resiko Preilaku Kekerasan, (2) Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi, (3) Harga Diri Rendah, (4) Defisit Perawatan Diri, (5) Koping tidak Efektif.
3. Keterlibatan pasien, dan perawat saat di Rumah Sakit maupun pada di rumah sangat berpengaruh pada tingkat keberhasilan pasien dalam mengontrol Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi pasien.
4. Intervensi Keperawatan yang diberikan kepada Tn.E yaitu strategi pelaksanaan yaitu SP 1 bertujuan membina hubungan saling percaya dengan perawat, pasien mampu mengenali Halusinasi nya (jenis,isi,frekuensi,waktu,upaya/respon saat halusinasi muncul) dan melatih pasien cara mengontrol halusinasi dengan cara pertama yaitu menghardik halusinasi. SP 2 bertujuan agar pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara kedua yaitu bercakap – cakap dengan orang lain. SP 3 bertujan agar pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal. SP 4 bertujuan agar pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara keempat yaitu menggunakan obat secara teratur.
5. Tindakan keperawatan pada Tn.E dilakukan mulai tanggal 21 September 2021 sampai dengan 24 September 2021 dengan membuat rencana yang selama 4 hari tersebut pasien mampu mengontrol Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi secara kognitif, afektif, dan psikomotorik
6. Terapi dan pengobatan secara farmakoterapi sangat penting, namun untuk mengatasi masalah utama yang menjadi penyebab hanya dapat dilakukan oleh profesi keperawatan dengan pendekatan asuhan keperawatan dengan Stategi pelakasanaan.
7. Pada tanggal 24 September 2021 yaitu Evaluasi, semua tujuan dapat tercapai karena kondisi pasien yang berkeinginan untuk mengenali masalahnya sendiri.
8. Dilakukan pendokumentasian dengan SP yang telah dibuat dan direncanakan untuk mengatasi masalah Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi pada Tn.E, yang dilaksakan pada tanggal 20 September 2021 sampai 24 September 2021

### **Saran**

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

1. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk menambah pengetahuan bagi mahasiswa khusunya tentang pemberian Asuhan Keperawatan pada pasien Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi, sehingga mahasiswa bisa lebih kreatif dalam mengaplikasikan pada kasus secara nyata

1. Bagi Rumah Sakit

Untuk meningkatkan pengetahuan dengan mempelajari konsep dan asuhan keperawatan pada pasien Gangguan Presepsi Sensori : Halusinsi dan meningkatkan ketrampilan dengan mengikuti seminar serta pemahaman perawat tentang perawatan pada pasien dengan Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi sehingga dapat membantu mengatasi pasien dengan masalah utama Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi

1. Bagi Mahasiswa

Untuk meningkatkan ketrampilan, pengetahuan dan mengembangkan ilmu keperawatan jiwa sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Diharapkan agar mahasiswa peneliit selanjutnya dapat memahami komunikasi teraupetik. Serta mengetahui terlebih dahulu di beberapa masalah utama dan diagnosa medis yang meliputi keperawatan jiwa.

## **DAFTAR PUSTAKA**

Ainy, A. (2022). *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat JURNAL ILMU KESEHATAN MASYARAKAT*. *1*(01), 3–11.

Aji, H. M. W. (2019). Asuhan Keperawatan Orang dengan Gangguan Jiwa Halusinasi Dengar dalam Mengontrol Halusinasi. In *Osfpreprints* (p. 4). https://osf.io/n9dgs/

Aniharyati. (2011). Komunikasi terapeutik sebagai sarana efektif bagi terlaksananya tindakan keperawatan yang optimal. *Kesehatan Prima*, *5*(2), 749–755.

Damaiyanti, I. (2014). *ASUHAN KEPERAWATAN JIWA* (Aep Gunarsa (ed.)). PT Refika Aditama.

Damayanti, A., Nur Rahmawati, A., Isma Sundari, R., Studi Keperawatan Program Diploma III, P., Kesehatan, F., & Harapan Bangsa, U. (2021). Studi Kasus Pasien Halusinasi Pendengaran pada Tn. A dengan Skizofrenia di Wisma Abiyasa RSJ. Prof. Dr. Soerojo Magelang. *Studi Kasus Pasien Halusinasi Pendengaran Pada Tn. A Dengan Skizofrenia Di Wisma Abiyasa RSJ. Prof. Dr. Soerojo Magelang*, *1*, 2–3.

Dermawan Deden, R. (2013). KEPERAWATAN JIWA; KONSEP DAN KERANGKA KERJA ASUHAN KEPERAWATAN. *KEPERAWATAN JIWA; KONSEP DAN KERANGKA KERJA ASUHAN KEPERAWATAN JIWA*, *Edisi I*.

Fara Fahesa. (2022). *COPING STRESS PASANGAN PENGANTIN PADA KEGIATAN MASYARAKAT AKIBAT PANDEMI COVID-19 DI KECAMATAN GADING CEMPAKA*. *1811320006*.

Ferry, F. A. (2021). *FAKTOR – FAKTOR YANG MEMPENGARUHI ADAPTASI BELAJAR PADA MAHASISWA FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN ANGKATAN 2021*. 6.

H Kara, O. A. M. A. (2014). Tinjauan pustaka skizo 2. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, *7*(2), 107–115.

Kurniawati Weni. (2022). *MANAJEMEN STRESS ERA NEW NORMAL DALAM DUNIA PENDIDIKAN*. *8 NO 1*, 10. https://journal.an-nur.ac.id/index.php/mubtadiin

Muliani, N., & Yanti, T. R. (2021). Pengetahuan tentang gangguan jiwa berhubungan dengan sikap masyarakat pada penderita gangguan jiwa. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, *6*(4), 23–31.

Putri, N. N., Lissa, N., Nainggolan, O., Vandea, S., & Saragih, M. (2021). *Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pada Penderita Skizofrenia*.

Rochmawati, H. D. (2014). *MANAJEMEN STRESS*. 1–18.

Saluhang, B., Buanasari, A., Wowiling, F., & Bidjuni, H. (2022). Persepsi Dan Perilaku Masyarakat Terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa : Studi Kualitatif. *Jurnal Keperawatan*, *10*(1), 86. https://doi.org/10.35790/jkp.v10i1.37666

Sirait, D. A. (2015). *ASKEP HALUSINASI DEBORA 2021 - Copy*.

Tamiya, A. P., Wahyuni, S., & N, Y. H. (2022). *Mekanisme Koping Mahasiswa Keperawatan Dalam Menyelesaikan Tugas Akhir Pada Masa Pandemi Covid-19*. *7*(1), 1–11.

**Lampiran 1**

***CURRICULUM VITAE***

Nama : Uci Kurnia Wulaandari, S.Kep

NIM : 213.0043

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Tempat, Tanggal Lahir : Surabaya, 8 April 1999

Agama : Islam

Email : [ucikurnia.wlndr@gmail.com](mailto:ucikurnia.wlndr@gmail.com)

Riwayat Pendidikan :

1. TK Aisyiyah Bustanul Atfah 13 Surabaya Lulus Tahun 2005
2. SD Negeri Margorejo V Kota Surabaya Lulus Tahun 2011
3. SMP Muhammdiyah 4 Gadung Surabaya Lulus tahun 2014
4. Madrasah Aliyah Negeri Kota Surabaya Lulus tahun 2017
5. S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya tahun 2021

**Lampiran 2**

**MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

**MOTTO**

رَبَّنَا ءَاتِنَا مِنْ لَدُنْكَ رَحْمَةً وَهَيِّئْ لَنَا مِنْ أَمْرِنَا رَشَدًا  
(Robbanaa aatinaa minladunka rohmataw wahayya lanaa min amrinaa rosyada).  
Artinya: Wahai Tuhan kami, berikanlah rahmat kepada kami dari sisi-Mu dan sempurnakanlah bagi kami petunjuk yang lurus dalam urusan kami

(Q.S Al Kahfi 10).

**PERSEMBAHAN**

1. Terimakasih kepada ALLAH SWT yang telah memberikan nikmat kesehatan, rahmat dan hidayah untuk kemudahan, kelancaran bagi saya untuk bisa menyelesaikan Proposal ini
2. Terimakasih kepada ibu dosen pembimbing saya Ns. Sukma Ayu Candra K,M.Kep.,Sp.Kep.J telah membimbing saya dengan penih kesabaran dan semangat serta memberikan seluruh ilmu serta waktunya kepada saya dalam penyusunan proposal ini
3. Mama dan Alm. Ayah yang sangat saya cintai dan sayangi, selalu mensupport, senantiasa mendoakan, dan memberikan yang terbaik untuk anak – anaknya, gelar dan karya ilmiah akhir ini saya persembahkan untuk kedua orang tua saya
4. Adik saya dan keluarga besar saya yang tersayang, selalu membantu dan mendukung saya hingga saat ini.
5. Sahabat – sahabat seperjuangan Arum Rizka, Mareta Dwi, Mellysa Rahayu A, Nurul Isnaini, Adinda Noer yang telah memberikan banyak sekali support, dukungan dan dorongan sehingga karya ilmiah akhir ini dapat terselesaikan, semoga hubungan persahabatan dan silaturrahim kami tidak akan terputus.
6. Terimakasih untuk Cicik, Fani, Zatik, Fani, Fira, Haula, Debby, Aufa sahabat-sahabat saya yang sangat sayangi terima kasih karena sudah bersedia berteman dengan saya dengan hati.
7. Terimakasih untuk teman kelompok bimbingan Karya Ilmiah Akhir Githa, Putri, dan Ifasudah berjuang bersama dengan saya, saling memberi dukungan dan memotivasi
8. Terima kasih untuk Achmad Rizaldi, lelaki yang selalu memberikan semangat selama 1 tahun menjalani pendidikan profesi Ners.
9. Teman – teman saya Ners Angkatan 12 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah berjuang bersama mulai dari awal hingga akhir.
10. Dan yang terakhir, semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas support, penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas kebaikan kalian, dan selalu dipermudah segala urusannya.

**Lampiran 3**

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN HARI KE 1**

Pertemuan : 1 (SP 1)

Hari/Tanggal : Selasa, 21 September 2021

Diagnosa : Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi

Ruang : Puri Anggrek

1. Proses Keperawatan
2. Kondisi Klien/Pasien :

|  |  |
| --- | --- |
| Data Subjektif | Data Objektif |
| * Klien mengatakan mendengar suara yang menyuruh untuk memukul ibu nya | * Klien terlihat seperti seolah – olah mendengar sesuatu * Melamun * Melihat ke arah lain * Tidak menatap mata perawat |

1. Diagnosa Keperawatan : Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi
2. Tujuan :
3. Klien dapat mengenali halusinasi yang dialaminya (Jenis,isi,frekuensi,waktu, respon, dan upaya)
4. Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi
5. Tindakan Keperawatan :

SP 1 : Membina hubungan saling percaya, membantu pasien mengenali halusinasinya (jenis,isi,frekuensi,waktu,respon dan upaya), menjelaskan cara – cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara pertama : menghardik halusinasi

1. Strategi Pelaksanaan
2. Fase Orientasi
3. Salam

“ Selamat sore mas, perkenalkan nama saya Uci mahasiswa Stikes Hang Tuah Surabaya, saya adalah perawat dinas pagi di ruangan Puri Anggrek ini, kalau boleh tau mas nama nya siapa ? “

1. Evaluasi/Validasi

“ Bagaimana perasaannya hari ini ? Ada keluhan apa hari ini “

1. Kontrak dan Tujuan

“ Baiklah mas, bagaimana kalau kita bercakap – cakap tentang suara – suara yang selama ini mas E dengar tapi tidak ada wujudnya ? “ “Mas E mau mengobrol dimana ? “ “ Baik, bagaimana kalau kita mengobrol selama 30 menit ? “

1. Fase Kerja

“Apakah mas E mendengar suara tanpa ada wujudnya? Apa yang dikatakan suara itu?” “Apakah terus – menerus terdengar atau sewaktu –waktu? Kapan yang paling sering amas E dengar suara ? berapa kali sehari mas E alami? Dan pada waktu apa mas E dengar suara itu? ” “Apa yang mas E rasakan saat mendengar suara itu ? “ “ apakah dengan cara tersebut suara itu hilang ?” “ Bagaimana kalau kita belajar cara untuk mencegah suara – suara itu “ “ Baik, mas E ada 4 cara untuk mencegah suara – suara itu muncul. Yang pertama degan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan yang keempat minum obat dengan teratur “ “Bagaimana kalau hari ini kita belajar satu cara dulu yaitu dengan cara menghardik ““ Cara nya seperti ini, saat suara – suara itu muncul langsung mas bilang “ Pergi sana, saya tidak mau dengar, kamu palsu” begitu terus di ulang – ulang. “

1. Fase Terminasi
2. Evaluasi

“Bagaimana perasaan mas dengan obrolan kita, dan setelah peragaan latihan tadi?” “sekarang coba mas peragakan!” “ nahhh.... bagus mas hebat mas bisa mempergakan cara menghardik halusinasi”

1. Kontrak yang akan datang

“bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan suara – suara dengan cara yang kedua? “ “jam berapa mas ? “ “ mas E mau tempat nya dimana ? “ “Baik mas diskusi kita sudah selesai kita lanjutkan besok tentang cara mengontrol halusinasi yang kedua yaitu bercakap – cakap jam dan tempat seperti hari ini ya ? “ “ Baiklah, sampai jumpa besok ya mas “

**Lampiran 4**

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN HARI KE 2**

Pertemuan : 2 (SP 2 )

Hari/Tanggal : Rabu, 22 September 2021

Diagnosa Keperawatan : Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi

Ruang : Puri Anggrek

1. Proses Keperawatan

|  |  |
| --- | --- |
| Data Subjektif | Data Objektif |
| * Klien mengatakan sudah mampu menghardik halusinasi * Klien masih mendengar suara untuk menyuruhnya memukul ibunya | * Klien kooperatif * Kontak mata kurang kepada perawat * Sering melamun |

1. Diagnosa Keperawatan : Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi
2. Tujuan SP 2 :
3. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara kedua yaitu bercakap – cakap dengan orang lain
4. Tindakan Keperawatan

SP 2 : Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara kedua yaitu bercakap – cakap dengan orang lain

1. Strategi Pelaksanaan
2. Fase Orientasi :
3. Salam

“ Selamat sore mas E, masih ingat nama saya ? “

1. Evaluasi/Validasi :

“ Bagaimana perasaan masn E saar ini ? apakah suara nya masih muncul ?” “ apakah sudah dipakai cara pertama yang telah kita latih? “ “bagus! Sesuai janji kita kemarin, saya akan latih cara yang kedua untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap dengan orang lain. Kita akan latihan selama 20 menit” ” “mau dimana? Disini saja atau pindah tempat?”

1. Fase Kerja

“Cara kedua untul mecegah / mengontrol halusinasi yang lain adalah dengan bercakp – cakap dengan orang lain. Jadi kalau mas E mendengar suara suara, langsung saja mencari teman untuk diajak ngonrol. Minta teman untuk mengobrol dengan mas E Contohnya gini,: .... tolong, saya mulai dengar suara – suara . ayo ngonrol dengan saya, begitu “ “coba mas E lakukan seperti yang saya tadi lakukan” “ “ nah bagus latih terus ya mas E”

1. Fase Terminasi

“bagaimana perasaan mas E setelah latihan ini? “ “ bagus, cobalah kedua cara ini kalau mas E mengalami halusinasi lagi “ “ besok saya akan kesini lagi ya, ketemu lagi untuk latih cara yang ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal ? “ “ mau jamberapa? Dan dimana ?” “ okay sampai besok ya mas E”

**Lampiran 5**

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN HARI KE 3**

**Pertemuan : 3 (SP 3)**

Hari/Tanggal : Kamis 3 September 2021

Diagnosa Keperawatan : Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi

Ruang : Puri Anggrek

1. Proses Keperawatan
2. Kondisi klinis pasien

|  |  |
| --- | --- |
| Data Subjektif | Data Objektif |
| * Pasien mengatakan mendengar suara yang menyuruhnya untuk memukul ibunya sedikit berkurang | * Klien kooperatif * Kontak mata kurang kepada perawat * Sering melamun |

1. Diagnosa Keperawatan : Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi
2. Tujuan :
3. Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara ketiga yaitu melakukan aktivitas yang terjadwal
4. Tindakan Keperawatan

SP 3 melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara yang ketiga yaitu melakukan aktivitas yang terjadwal

1. Strategi Pelaksanaan
2. Fase Orientasi
3. Salam

“selamat sore mas E, masih ingat kan dengan saya ? “

1. Evaluasi/Validasi

“ bagaimana perasaan mas E ?” apakah suara suara itu masih muncul ? apakah kedua cara kemarin digunakan?“ “ bagus! Sesuai janji kita hari ini kita akan belajar cara yang ketiga untuk mencegah halusinasi yaitu melakukan kegiatan terjadwa” “ mau dimana ? “

1. Fase Kerja

“ apa saja yang biasa mas E lakukan?” “ bagus sekali mas E, kegiatan ini dapat mas E lakukan untuk mecegah suara itu muncul , kegiatan lain akan kita latih lagi agar dari pagi sampai malam ada kegiatan “

1. Fase Terminasi

“ Bagaimana perasaan mas E setelah kita bercakap – cakap cara yang ketiga untuk mencegah suara – suara itu? “ “ bagus sekali!” “ coba sebutkan 3 caar yang telah kita latih untuk mencegah suara suara itu muncul “ “ bagaimana kalau besok kita ketemu lagi membahasa cara minum obat yang baik serta guna obat.” “mau jam berapa? “ “ okay sampai jumpa besok ya”

**Lampiran 6**

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN HARI KE 3**

Hari/Tanggal : Jumat 24 September 2021

Diagnosa Keperawatan : Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi

Ruang : Puri Anggrek

1. Proses Keperawatan
2. Kondisi klinis pasien

|  |  |
| --- | --- |
| Data Subjektif | Data Objektif |
| * Pasien mengatakan mendengar suara yang menyuruhnya untuk memukul ibunya sudah berkurang | * Klien kooperatif * Kontak mata masih kurang kepada perawat * Pasien masih Sering melamun |

1. Diagnosa Keperawatan : Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi
2. Tujuan :
3. Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara keempat yaitu menggunakan obat secara teratur
4. Tindakan Keperawatan

SP 4 melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara yang ketiga yaitu mengunakan obat secara teratur

1. Strategi Pelaksanaan
2. Fase Orientasi
3. Salam

“Selamat sore mas E, sesuai dengan janji saya kemari, sekarang kita bertemu lagi “

1. Evaluasi/Validasi

“sesuai dengan janji saya kemari, sekarang kita bertemu lagi “ “Bagaimana perasaan mas E saat ini? Apakah suara suara itu masih muncul ? “ “ apakah pagi ini sudah minum obat?” “ baik hari ini kita akan mendiskusikan tentang obat- obatan yang mas E minum, kita akan diskusi selama 20 menit, mau dimna tempatnya? “

1. Fase Kerja

“ Mas E, adakah bedanya setelah minum obat secara teratur ? apakah suaranya berkurang/hilang?” mas E minum obat sangat penting supaya suara – suara yang mas E dengar dan menganggu selama ini tidak muncul lagi. Berapa macam obat yang mas E minum? “ “ini yang warna warna putih (HP) minumnya 3x sehari gunanya untuk mencegah suara suara itu muncul, yang kedua warna putih ada garis tengahnya (THP) untuk rileks dan tidak kaku, lalu yang ketiga (AD) kecil ini, obat untuk biar tennag . kalau suara – suara itu muncul, obatnya tidak boleh dihentikan nanti dikonsulkan dokter sebagian kalau putus obat, Mas E bisa kambuh dan sulit untuk mengembalikan keadaan semula. Mas E harus teliti saat menggunakan obat, pastikan obat nya benar, artinya mas E hanya memastikab bahwa itu benar – benar punya mas E. Jangan keliru dengan orang lain . Pastikan obat itu diminum pada waktunya dengan cara yang benar, yaitu diminum setelah makan dan tepat jamnya. Mas E juga harus perhatikan berapa jumlah oabat sekali minum , dan harus cukup minum 10 gelas per hari “

1. Fase Terminasi

“ Bagaimana perasaan mas E setelah kita bercakap – cakap tentang obat “ “ sudah berapa cara kita latih untuk mencegah suara suara itu muncul ? coba sebutkan “ “ ya bagus, mari kita masukkan jadwal minum obat pada jadwal kegiatan mas E” “ jangan lupa pada waktu minum obat , minta obat ke perawata atau waktu dirumah, minta ke ibu atau ayah ya” “baik, jangan sampai lupa ya!” baik mas E kita sudah selesai untuk melakukan 4 cara mecegah suara – suara itu muncul, selalu lakukan keempat cara terbut saat suara itu muncul ya mas E. Semoga sehat selalu”

**Lampiran 7**

**ANALISA PROSES INTERAKSI**

Hari/Tanggal : Selasa, 21 September 2021

Nama Mahasiswa : Uci Kurnia Wulandari

Inisial Klien : Tn.E

Tempat : Kursi lorong kamar pasien

Lingkungan : Klien berada di kamar nya bersama temannya

SP 1 : Membina hubungan saling percaya , membantu pasien untuk mengenali halusinasinya (Jenis,Isi,Frekuensi,Waktu,Respon, dan Upaya), melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Komunikasi Verbal | Komunikasi Non Verbal | Analisa berpusat pada perawat | Analisa berpusat pada klien | Rasional |
| P : “Selamat sore mas, perkenalkan nama saya Uci mahasiswa Stikes Hang Tuah Surabaya, saya adalah perawat dinas pagi di ruangan Puri Anggrek ini, kalau boleh tau mas nama nya siapa ? “  K : “ Sore mbak, nama saya E” | P : Memandang dan mengulurkan tangannya untuk bersalaman pada Tn.E  K : Menerima jabatan tangan dari perawat | Perawat ingin membuka percakapan dengan klien | Klien membalas sapaan dari perawat | Salam merupakan kalimat pembuka untuk memulai sesuatu percakapan sehingga dapat terjalin rasa percaya |
| P : ” “Mas E, Bagaimana perasaannya hari ini ? Ada keluhan apa hari ini“  K : “ Saya gabisa tidur mbak, saya masih mendengar suara – suara yang menyuruh saya untuk memukul ibu saya” | P : Memandang Klien  K : Mulai berinteraksi dengan perawat tetapi, kontak mata kurang | Perawat ingin mengetahui kondisi klien | Klien memberi tanggapan dari pertanyaan perawat tetapi kontak mata kurang | Menanyakan kabar klien adalah suatu permulaan komunikasi teraupetik |
| P : “ Baiklah mas, bagaimana kalau kita bercakap – cakap tentang suara – suara yang selama ini mas E dengar tapi tidak ada wujudnya ?” “ Mas E mau dimana ? “  K : “ Iya mbak disini saja | P : Perawat memandang Klien  K : Kontak Mata kurang, dan sering melamun | Perawat mencoba lebih mengakrabkan suasana | Klien memberi tanggapan dari perawat tetapi dengan respon yang lambat | Mengetahui tujuan perawat mempermudah topik pembicaraan. Menetukan waktu dan tempat sangat penting untuk kenyamanan |
| P : “ Apakah mas E mendengar suara tanpa ada wujudnya? Apa yang dikatakan suara itu?”  K : “ “Ayo Pukul – Pukul gitu mbak” | P : Menunjukkan perhatian pada klien  K : Menjelaskan dengan melamun | Perawat berharap dapat memperoleh data secara lebih pasti sambil mengkaji daya ingat pasien | Klien Menjawab dengan suara yang cepat dan keras | Halusinasi daoat terjadi kapan saja karena adanya stimulus tertentu |
| P : “Apakah terus – menerus terdengar atau sewaktu –waktu? Kapan yang paling sering amas E dengar suara ? berapa kali sehari mas E alami? Dan pada waktu apa mas E dengar suara itu  K : “ Sewaktu – waktu aja mbak, 2x sehari dalam waktu 2 menit , kalau mau tidur saya dengar suara itu sampai gabisa tidur “ | P : Memandang klien untuk bisa mengkaji lebih dalam  K : Menjawab dan kontak mata kurang | Perawat menggali data lebih dalam dan mengenali kondisi klien | Klien menunjukkan raut muka serius yang seolah – olah ia mendengar sesuatu | Mengkaji data halusinasi untuk memudakan klien mengenal tentang halusinais |
| P : “Apa yang mas E rasakan saat mendengar suara itu ? “ “ Apa yang mas E lakukan ketika dengar suara itu ?  K : “ Binggung mbak , pusing ““ Menutup telinga aja mbak, saya bingung” | P : menujukkan rasa empati pada klien  K : memperagakan menutup telinga | Perawat berharap klien lebih terbuka tentang dirinya | Klien mempergakan suara itu apabila muncul | Untuk mengetahui keluhan utama pasien |
| P : “ Bagaimana kalau kita belajar cara untuk mencegah suara – suara itu “  K : “ Iya mbak “  P : “ Baik, mas E ada 4 cara untuk mencegah suara – suara itu muncul. Yang pertama degan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan yang keempat minum obat dengan teratur “  K : “ Oalah gitu ya mbak” | P : Memandang klien dan menjelaskan 4 cara mengontrol halusinasi dan berusaha untuk mengalihkan pandangan klien ke perawat  K : Sering melamun dan kontak mata kurang | Perawat berharap pasien mengerti dan memahmi cara untuk mengontrol halusinasi | Klien berusaha untuk mendengarkan perawat tetapi sering melamun dan kontak mata kurang | Menambah infromasi pada klien agar mengerti tentang apa yang dilakukan jika mendengar suara tersebut mucul |
| P : “Bagaimana kalau hari ini kita belajar satu cara dulu yaitu dengan cara menghardik “  K : “Iya mbak”  P : “ Cara nya seperti ini, saat suara – suara itu muncul langsung mas bilang ““ Pergi sana, saya tidak mau dengar, kamu palsu” begitu terus di ulang – ulang. “  K : Ooohh... | P : Menagarjkan klien untuk latihan cara mengontrol halusinasi  K : Menunjukkan rasa percaya pada perawat | Perawat Berharap klien bersedia dan mampu latihan cara menghardik halusinasi | Klien menunjukkan rasa percaya pada perawat | Pengalihan agar pasien tidak larut dalam halusinasinay |
| P : “ sekarang coba mas peragakan!”  K : “Pergi sana, kamu palsu  P : “ nahhh.... bagus mas hebat mas bisa mempergakan cara menghardik halusinasi”  K : “ iya mbak, terima kasih” | P : Mengevaluasi pasien dan memberikan pujian  K : Klien menunjukkan ekspresi datar | Perawat memberikan pujian kepada klien | Klien menujukkan ekspresi datar | Memberikan pujian terhadap klien atas keberhasilan mampu memperagakan teknik pertama |
| P : “Bagaimana perasaan mas dengan obrolan kita, dan setelah peragaan latihan tadi ? “  K : “ saya merasa sedikit lega mbak”  P : “kalau muncul suara itu lagi silahkan coba cara tersebut ya”  K : “ Iya mbak” | P : Perawat mengkaji ulang informasi yang telah diberikan pada klien tadi  K : Merespon perawat dengan ekspresi datar | Perawat memnujukkan rasa empati kepada klien | Klien mengiyakan saran dari perawat | Mengkaji ulang keadaan klien dpat membantu perawat untuk mengetahui perkembangan SP yang telah diberikan |
| P : “bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan suara – suara dengan cara yang kedua? Sekitar jam segini dan tempat nya seperti ini gimna?“  K : “ Iya mbak” | P : perawat membuat jadwal kontrak untuk pertemuan selanjutnya  K : klien menganggukkan kepalanya dengan ekspresi melamun | Perawat sedang mengatur jadwal untuk pertemuan selanjutnya | Klien mengiyakan janji yang telah dibuat oleh perawat | Menentukan jadwal dapat mengelola waktu dengan baik untuk pertemuan selanjutnya |
| P : “ Baiklah kalau begitu sampai jumpa besok”  K : “ Iya mbak” | P : Perawat mengakhiri percakapan  K : Klien langsung berdiri | Perawat sedang mengakhiri percakapan | Klien buru – buru pergi | Salam penutup merupakan komunikasi teraupetik |
| Kesan : Fase awal yaitu fase perkenalan dapat dilakukan dengan baik. Klien kooperatif walaupun sering teralihkan dengan suatu hal dan hilang kontak mata. Data yang tergali adalah data mengenai halusinasi pendengaran berupa suara.  Kontrak selanjutnya telah dilaksanakan dan pasien menerima kontrak tersebut. Secara umum proses interaksi dapat dilanjutkan dengan fase berikutnys yaitu fase kerja | | | | |