**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Ny. S MASALAH UTAMA**

**GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN**

**DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA DI RUANG**

**FLAMBOYAN RUMAH SAKIT JIWA MENUR**

**PROVINSI JAWA TIMUR**



**Oleh :**

**AMANDA MELA SABRINA**

**NIM: 2130130**

# PROGRAM STUDI PROFESI NERS

# SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANGTUAH SURABAYA

# 2022

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Ny. S MASALAH UTAMA**

**GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN**

**DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA DI RUANG**

**FLAMBOYAN RUMAH SAKIT JIWA MENUR**

**PROVINSI JAWA TIMUR**

# Karya Ilmiah Akhir Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners

# 

**Oleh :**

**AMANDA MELA SABRINA**

**NIM: 2130130**

# PROGRAM STUDI PROFESI NERS

# SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANGTUAH SURABAYA

# 2022

**SURAT PERNYATAAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

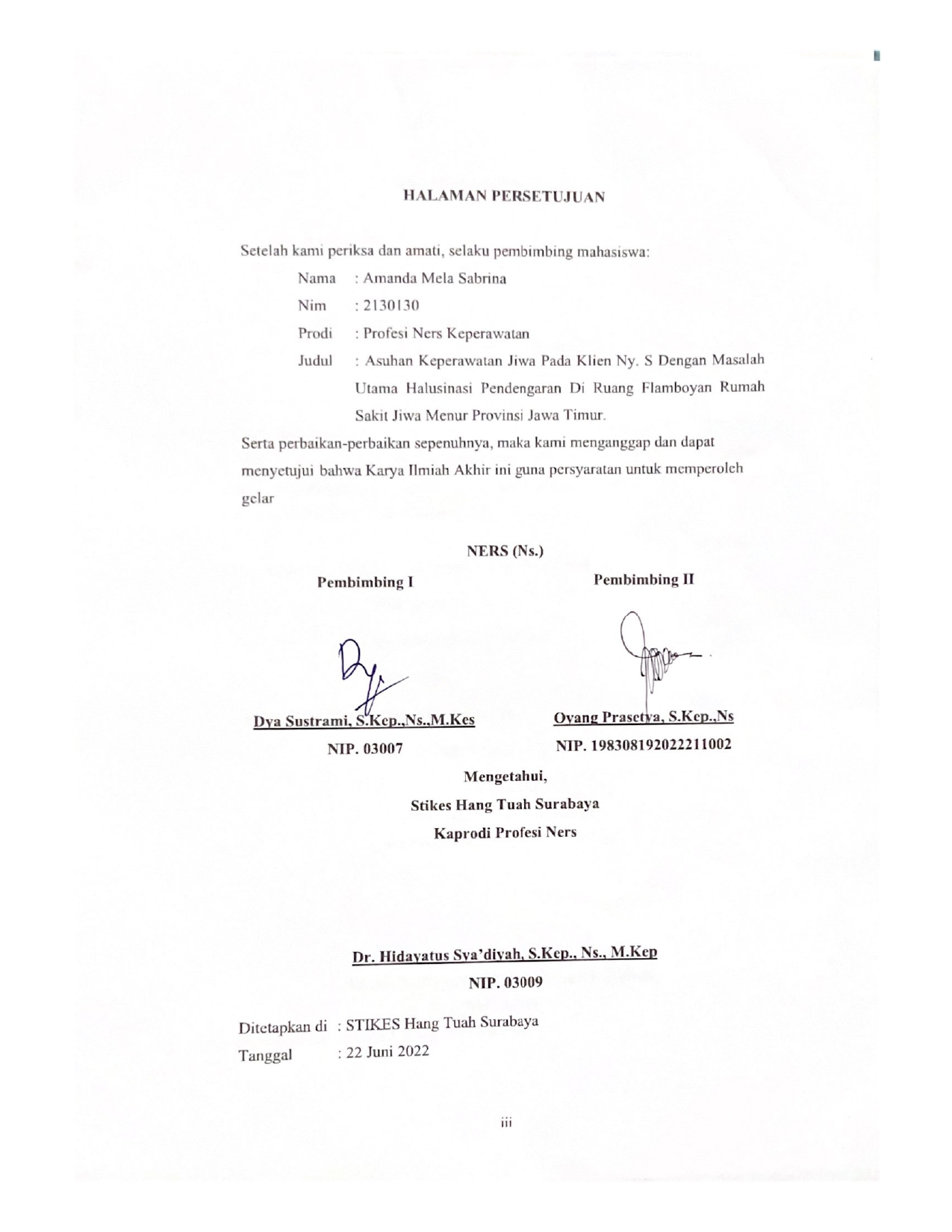
Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

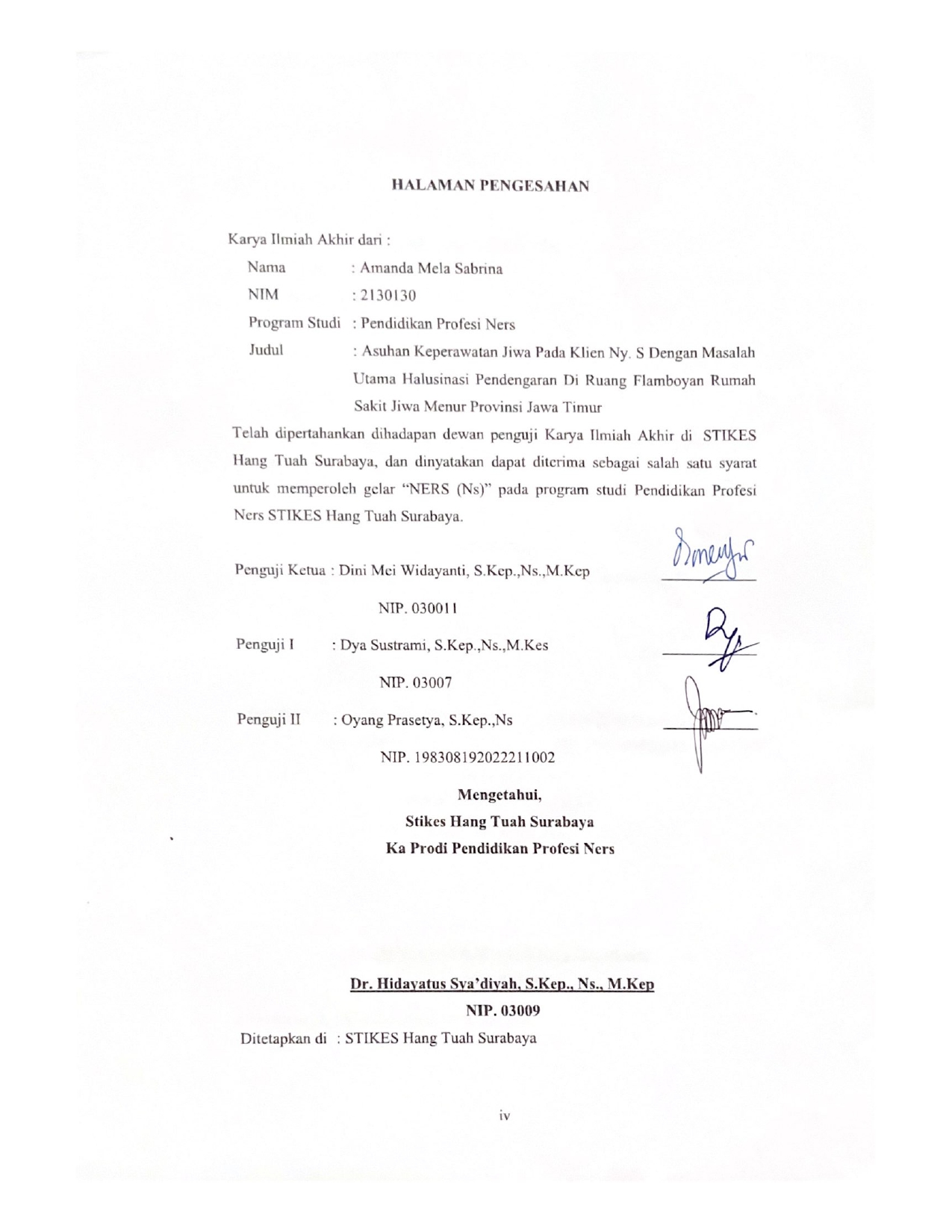
Surabaya, 22 Juni 2022

 Penulis

Amanda Mela Sabrina

NIM 2130130





**KATA PENGANTAR**

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

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

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

1. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A.V.Sri Suhardiningsih, S.Kep,.M.Kes selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitan yang diberikan untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dr. Hidayatus Sya’diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi Pendidikan Profesi Ners.
4. Ibu Dini Mei Widayanti, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Pembing ketua, terimakasih telah membantu dalam proses penyempurnaan proses Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Pembimbing I, terima kasih telah membantu dalam proses penyempurnaan proses Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Bapak Oyang Prasetya, S.Kep.,Ns selaku Pembimbing II, yang telah dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukann penyusunan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Seluruh dosen dan staf STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah banyak membantu proses kelancaran selama perkuliahan untuk menempuh studi di STIKES Hang Tuah Surabaya.
8. Kedua orang tua, kakak, dan adik tercinta berserta seluruh anggota keluarga saya yang telah memberikan doa motivasi dna dukungan moral maupun material kepada penulis dalam menempuh pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya.
9. Teman-teman seperjuangan angkatan 12 di STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah membantu dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.

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

Surabaya, 22 Juni 2022

Penulis

**DAFTAR ISI**

Cover i

Halaman Judul i

Surat Pernyataan ii

Halaman Persetujuan iii

Halaman Pengesahan iv

Kata Pengantar v

Daftar Isi vii

Daftar Tabel x

Daftar Gambar xi

Daftar Lampiran x

**BAB 1 PENDAHULUAN 1**

1.1 Latar Belakang 1

1.2 Rumusan Masalah 3

1.3 Tujuan 3

1.3.1 Tujuan Umum 3

1.3.2 Tujuan Khusus 4

1.4 Manfaat penelitian 4

1.5 Metode Penulisan 5

1.6 Sistematika Penulisan 7

**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 8**

2.1 Konsep Skizofrenia 8

2.1.1 Pengertian Skizofrenia 8

2.1.2 Etiologi Skizofrenia 8

2.1.3 Gejala Skizofrenia 10

2.1.4 Tipe-tipe Skizofrenia 11

2.1.5 Penatalaksanaan Skizofrenia 12

2.2 Konsep Halusinasi 13

2.2.1 Pengertian Halusinasi 13

2.2.2 Jenis- jenis Halusinasi 14

2.2.3 Faktor Penyebab Halusinasi 15

2.2.4 Fase-fase Halusinasi 18

2.2.5 Tanda dan Gejala Halusinasi 20

2.2.6 Rentang Respon Halusinasi 21

2.2.7 Mekanisme Koping 23

2.2.8 Penatalaksanaan Pada Halusinasi Pendengaran 23

2.3 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Ganguan Persepsi Sensori : Halusinasi 24

2.3.1 Pengkajian 24

2.3.2 Pemeriksaan Fisik 25

2.3.3 Pesikososial 25

2.3.4 Status Sosial 27

2.3.5 Kebutuhan Perencanaa pulang 29

2.3.6 Mekanisme Koping 30

2.3.7 Masalah Psikososial dan Lingkungan 30

2.3.8 Aspek Pengetahuan 30

2.3.9 Aspek Medis 30

2.3.10 Pohon Masalah 31

2.3.11 Diagnosa Keperawatan 31

2.3.12 Rencana Keperawatan 32

2.3.13 Implementasi Keperawatan 33

2.3.14 Evaluasi 34

2.4 Konsep Dasar Stressor 35

**BAB 3 TINJAUAN KASUS 36**

3.1 Pengkajian 36

3.1.1 Identitas 36

3.1.2 Alasan Masuk 36

3.1.3 Faktor Predisposisi 36

3.1.4 Pemeriksaan Fisik 36

3.1.5 Psikososial 37

3.1.6 Status Mental 38

3.1.7 Kebutuhan Perencanaan Pulang 41

3.1.8 Mekanisme Koping 45

3.1.9 Masalah Psikosisal dan Lingkungan 45

3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang 46

3.1.11 Data Lain-Lain 46

3.1.12 Aspek Medik 46

3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan 47

3.2 Pohon Masalah 48

3.3 Analisis Data 49

3.4 Rencana Tindakan Keperawatan 50

3.5 Implementasi dan catatan perkembangan 52

**BAB 4 PEMBAHASAN 57**

4.1 Pengkajian Keperawatan 57

4.2 Diagnosa Keperawatan 60

4.3 Perencanaan Keperawatan 61

4.4 Pelaksanaan Keperawatan 61

4.5 Evaluasi Keperawatan 64

**BAB 5 PENUTUP 66**

5.1 Kesimpulan 66

5.2 Saran 67

**DAFTAR PUSTAKA 69**

**LAMPIRAN 71**

**DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Tahapan halusinasi terbagi menjadi 5 fase 18

Tabel 2.2 Rencana Keperawatan 32

Tabel 2.3 Implementasi Keperawatan 33

Tabel 3.1 kemampuan klien memenuhi kebutuhan 41

Tabel 3.2 *Activity Daily Living* 43

Tabel 3.3 Analisa Data 49

Tabel 3.2 Rencana tindakan keperawatan 50

Tabel 3.3 Implementasi dan catatan perkembangan 52

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 rentang respon neurologis halusinasi 21

Gambar 2.2 Pohon Masalah 31**(Ma’rifatul, 2016)(Ma’rifatul, 2016)(Ma’rifatul, 2016)(Ma’rifatul, 2016)(Ma’rifatul, 2016)(Ma’rifatul, 2016)(Ma’rifatul, 2016)(Ma’rifatul, 2016)(Ma’rifatul, 2016)(Ma’rifatul, 2016)(Ma’rifatul, 2016)(Ma’rifatul, 2016)(Ma’rifatul, 2016)(Ma’rifatul, 2016)**

Gambar 2.3 Kerangka konsep menurut Stuart 35

Gambar 3.1 Pohon masalah : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi 48

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Curiculum Vitae 72

Lampiran 2 Motto Dan Persembahan 73

Lampiran 3 Strategi Pelaksanaa Tindakan Keperawatan Halusinasi 74

Lampiran 4 Format Analisis Proses Interaksi (Api) 85

**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Gangguan jiwa merupakan salah satu dari empat masalah kesehatan utama dinegara-negara maju, modern, dan industri yaitu penyakit degeneratif, kanker, gangguan jiwa, dan kecelakaan. Gangguan jiwa merupakan sindrom atau pola perilaku yang secara klinis bermakna yang berhubungan dengan distress atau penderitaan dan menimbulkan kendala pada satu atau lebih fungsi kehidupan manusia. Salah satu yang termasuk gangguan jiwa adalah skizofrenia (suryenti, vevi, 2017). Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi dan waham), afek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari.(suryenti, vevi, 2017). Klien dengan diagnose skizofernia paling banyak mengalami halusinasi pendengaran.

Menurut (WHO, 2019), bahwa prevalensi pasien skizofrenia 20 juta orang di dunia. Sedangkan Data (Ri, 2013) menunjukan jumlah penduduk Indonesia ada sekitar 236 juta yang mengalami skizofrenia sebanyak 68% (sekitar 272.816.000 orang) dan berdasarkan hasil (RISKESDAS, 2018) didapatkan estimasi prevalensi orang yang pernah menderita skizofrenia sebesar 1,8 per 1000 penduduk. Berdasarkan data dari rumah sakit jiwa menur ditemukan masalah keperawatan pada pasien rawata inap pada tahun 2020 yaitu dengan pasien yang berjumlah 2875 orang dengan rincian halusinasi 25%, harga diri rendah 8%, isolasi sosial 10%, defisit perawatan diri 2,3%, waham 1,7%, dan resiko bunuh diri 1%. Maka dapat diambil kesimpulan bahwa pasien yang mengalami skizofrenia lebih banyak adalah pasien dengan halusinasi.

Skizofrenia sendiri merupakan gangguan jjiwa berat dimana penderitanya mengalami penyimpangan proses piker, emosi dan perilaku yang ditandai dengan adanya halusinasi atau pikiran yang tidak tepat (waham). Halusinasi dapat timbul pada pasien skizofrenia karna klien sering mendengar bisikan-bisikan suara, pasien berbicara sendiri/ngelantur, serta pasien lebih senang menyendiri. Maka dari sikap dan gejala yang ditunjukkan oleh klien skizofrenia menunjukkan bahwa halusinasi lebih sering timbul (Fitriani, 2018). Faktor penyebab terjadinya halusinasi ada 2 yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi dikarenakan faktor perkembangan yakni klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustasi, hilangkan percaya diri dan lebih rentan terhadap stress, serta faktor presipitasi karena adanya riwayat kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan-kegagalan dalam hidup yang tidak sesuai dengan pasien.. Halusinasi pendengaran dapat membuat penderitanya melakukan hal-hal yang dapat merugikan diri sendiri, orang lain dan lingkungannya seperti perilaku kekerasan bahkan membunuh (Sari, 2017).

Teknik penanganan secara tepat untuk mengatasi dampak dari halusinasi yakni dengan melakukan tindakan asuhan keperawatan dengan pendekatan komunikasi terapeutik. Menurut (stuart, G. W., Keliat, B. A., & Pasaribu, 2016) asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien halusinasi bertujuan untuk meningkatkan kesadaran klien antara stimulasi persepsi yang dialami pasien dan kehidupan nyata. Asuhan keperawatan dapat mencakup penerapan strategi pelaksanaan dalam mengontrol halusinasi, untuk strategi pelaksaan halusinasi ada empat yaitu satu membantu pasien mengenali halusinasi yang dialami, menjelaskan cara mengontrol halusinasi dan mengajarkan pasien cara menghardik halusinasi serta membina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien, strategi pelaksanaan dua yaitu melatih pasien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, strategi pelaksanaan ketiga melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara melaksanakan aktivitas terjadwal, dan strategi pelaksanaan empat yaitu melatih pasien mengontrol halusinasi dengan minum obat secara teratur.

* 1. **Rumusan Masalah**

Bagaimana memberikan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Ny S Dengan Masalah Utama Halusinasi Pendengaran Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur ?

# Tujuan

# Tujuan Umum

Memberikan Asuhan Keperawan Jiwa Pada Klien Ny. S dengan Masalah Utama Halusinasi Pendengaran Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

# Tujuan Khusus

Setelah melakukan asuhan keperawatan kepada klien dengan Halusinasi Pendengaran, mahasiswa/i diharapkan mampu :

* + - 1. Melakukan Pengkajian Keperawatan Jiwa pada Klien Ny. S dengan masalah Utama Halusinasi Pendengaran Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
      2. Merumuskan Diagnosa Keperawatan Jiwa pada Klien Ny. S dengan Masalah Utama Halusinasi Pendengaran Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
      3. Menyusun Perencanaan Tindakan Keperawatan Jiwa pada klien Ny. S dengan Masalah Utama Halusinasi Pendengaran Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
      4. Melaksanakan Tindakan Asuhan Keperawatan Jiwa pada klien Ny. S dengan Masalah Utama Halusinasi Pendengaran Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
      5. Mengevaluasi Tindakan Keperawatan pada klien Ny. S dengan Diagnosa Medis Halusinasi Pendengaran Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

# Manfaat Penulisan

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

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

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

* 1. Bagi penulis

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

* 1. Bagi profesi kesehatan

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

# Metode Penulisan

1. Metode

Studi kasus yaitu metode yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar relitas dibalik fenomena

.

1. Teknik Pengumpulan Data
   1. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien,maupun keluarga pasien.

* 1. Observasi

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

* 1. Pemeriksaan

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

1. Sumber Data
   1. Data Primer

Merupakan data yang diperoleh dari pasien.

* 1. Data Sekunder

Merupakan data yang diperoleh dari keluarga pasien

* 1. Kepustakaan

Yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas**.**

# Sistematika Penulisan

1. Bagian awal, membuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar lampiran dan abstrak.
2. Bagian ini terdiri dari lima bab, yang masing – masing bab terdiri sub bab berikut ini :

Bab 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan studi kasus.

Bab2 : Landasan teori, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan Masalah Utama Halusinasi Pendengaran

Bab3 : Hasil berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi dari pelaksanaan.

Bab4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori, dan opini serta analisis.

Bab5 : Simpulan dan saran.

1. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini akan disampaikan tentang konsep skizofrenia dan konsep halusinasi pendengaran dengan melakukan asuhan keperawatan, didalam asuhan keperawatan dapat diuraikan masalah yang mundul pada penyakit halusinasi pendengaran dengan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

* 1. **Konsep Skizofrenia**

**2.1.1. Pengertian Skizofrenia**

Skizofrenia adalah sindrom heterogen kronis yang ditandai dengan pola pikir yang tidak teratur, delusi, halusinasi, perubahan perilaku yang tidak tepat serta adanya gangguan fungsi psikososial (Elin, 2011).

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

**2.1.2. Etiologi Skizofrenia**

Beberapa teori penyebab skizofrenia menurut (tumanggor, 2018):

1. Faktor Genetik Kecenderungan untuk menderita skizofrenia berkaitan dengan kedekatan seseorang secara genetik.Kemungkinan 40% mengalami skizofrenia jika kedua orang tuanya menderita skizofrenia.Jika salah satu dari kedua orang tua menderita skizofrenia kemungkinan mengalami skizofrenia sebanyak 12%.
2. Faktor Biokimia Aktivitas dopaminergik yang terlalu tinggi.Teori ini terkait dengan efektivitas obat-obatan antipsikotik dalam meredam efek psikosis.Selain itu obat-obatan yang meningkatkan kerja dopamin yang bersifat psikomimetik.Kelebihan dari dopamin pada penderita skizofrenia berkaitan dengan keparahan dari gejala positif yang muncul.
3. Neuropatologi Pada penderita skizofrenia terjadi abnormalitas neurokimia otak pada korteks serebral, talamus dan batang otak.Pada penderita skizofrenia kehilangan volume otak yang signifikan tampaknya menimbulkan pengurangan densitas akson, dendrit dan sinaps yang erat kaitannya dengan fungsi asosiasi otak.
4. Sirkuit Saraf 20 Abormalitas korteks prefrontal mengakibatkan disfungsi sirkuit anterior cingulated basal ganglia thalamocortical yang menyebabkan gejala positif pada skizofrenia, disfungsi dorsolateral yang menyebabkan gejala negatif pada skizofrenia.
5. Metabolisme Otak Pada penderita skizofrenia menunjukkan bahwa kadar fosfomonoester dan fosfat inorganik yang rendah.
6. Applied electrophysiology Studi elektroensefalografis pada skizofrenia menunjukkan adanya penurunan aktivitas alfa, peningkatan aktivitas beta dan delta.Hal ini mengakibatkan kemungkinan epilepsi dan abnormalitas otak kiri, dan menyebabkan penderita skizofrenia tidak mampu untuk menyaring suara dan sensitif terhadap suara ribut.Hal ini dapat menimbulkan halusinasi pendengaran.
7. Psikneuroimunologi Abnormalitas sistem imun tubuh dikaitkan dengan skizofrenia karena adanya peningkatan orisuksi sel T interleukin dan pengurangan respons limfosit periferal pada penderita skizofrenia.
8. Psychoneuoroendocrinology Uji deksametason pada penderita skizofrenia bersifat abnormal dibanding yang tidak mengalami skizofrenia.Teori ini masih dipertanyakan dan belum valid.

**2.1.3 Gejala Skizofrenia**

Menurut (damayanti, M., n.d.) gejala-gejala yang dapat dialami penderita skizofrenia antara lain:

1. Penampilan dan perilaku umum Penderita skizofrenia cenderung menelantarkan penampilan, kebersihan dan kebersihan diri juga terabaikan.Biasanya juga menarik diri dari lingkungan sekitar secara sosial.
2. Gangguan Pembicaraan Pada penderita skizofrenia terjadi proses pikir hal utama yang terganggu yaitu asosiasi.
3. Gangguan perilaku Salah satu gangguan aktivitas motorik pada penderita skizofrenia adalah gejala katatonik yang berupa stupor, atau gaduh gelisah.
4. Gangguan afek Gangguan afek yang sering muncul yaitu kedangkalan respon emosi, parathimi, emosi yang berlebihan sensitif emosi.
5. Gangguan persepsi Pada penderita skizofrenia terjadi gangguan persepsi yaitu halusinasi. Halusinasi sendiri terjadi pada salah satu panca indra.
6. Gangguan pikiran Pada skizofrenia gangguan pikiran yang terjadi yaitu waham.

**2.1.4 Tipe-tipe Skizofrenia**

Tipe-Tipe Skizofrenia(tumanggor, 2018):

1. Tipe Paranoid Karakteristik yang khas pada skizofrenia tipe paranoid yaitu menunjukkan satu atau lebih delusi atau halusinasi pendengaran yang kontinu.
2. Tipe yang Tidak Terorganisasi Ciri yang khas pada skizofrenia tipe ini adalah adanya pembicaraan dan perilaku yang tidak terarah, adanya afek datar atau afek yang tidak sesuai.Namun, perilaku yang muncul tidak bersifat katatonik.
3. Tipe Katatonik Karakteristik skizofrenia tipe katatonik yaitu imobilitas motorik yang ditunjukkan dengan katalepsi atau stupor, aktivitas motorik berlebihan yang tidak memiliki tujuan dan tidak adanya stimulus eksternal, perilaku negatif yang ekstrem dimana penderita cenderung untuk tidak termotivasi terhadap instruksi atau mempertahankan posisi diam/autism, gerakan aneh yang ditunjukkan dengan posisi tubuh yang tidak biasa, adanya echolalia atau echopraxia.
4. Tipe Tidak Terdefinisikan Penampakan khas dari tipe ini adalah tanda dan gejala skizofrenia untuk kriteria A, namun tidak dijumpai tanda dan gejala untuk tipe paranoid, tipe disorganisasi maupun tipe katatonik.
5. Tipe Residual Karakteristik khas yang ada pada skizofrenia tipe residual adalah ketiadaan delusi dan halusinasi yang bertahan, selain itu juga tidak dijumpai adanya pembicaraan yang tidak terorganisasi maupun perilaku katatonik. Adanya gangguan yang berkesinambungan yang ditunjukkan dengan adanya gejala negatif atau adanya dua atau lebih gejala skizofrenia pada kriteria A. Kemudian, penderita juga menunjukkan kepercayaan yang aneh maupun pengalaman/persepsi yang tidak biasa.

**2.1.5 Penatalaksanaan Skizofrenia**

1. Pemberian obat-obatan

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

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

1. Pendekatan psikologi

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

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

**2.2 Konsep** **Halusinasi**

**2.2.1 Pengertian Halusinasi**

Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara atau kebisingan yang kurang jelas ataupun yang jelas, dimana terkadang suara-suara tersebut seperti mengajak bicara klien dan kadang memerintah klien untuk melakukan sesuatu (Ma’rifatul, 2016)

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu obyek rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh pancaindra. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang pasien mengalami perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penciuman. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Pasien gangguan jiwa mengalami perubahan dalam hal orientasi realitas (ah. yusuf, Rizky fitryasari PK, 2015). Halusinasi pendengaran merupakan gangguan stimulus dimana pasien mendengar suara yang membicarakan, mengejek, menertawakan, mengancam, memerintahkan untuk melakukan sesuatu (kadang-kadang hal yang berbahaya (Trimelia, 2011)

**2.2.2 Jenis-Jenis Halusinasi**

Jenis-jenis halusinasi menurut (Ma’rifatul, 2016) :

1. Halusinasi Pendengaran ( auditory )

Mendengar suara yang membicarakan, mengejek, menertawakan, mngancam, memerintahkan untuk melakukan sesuatau (kadangkadang hal yang berbahaya). Perilaku yang muncul adalah mengarahkan telinga pada sumber suara, bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, menutup telinga, mulut komat-kamit, dan adanya gerakan tangan.

1. Halusinasi Pengihatan (visual)

Stimulus penglihatan dalam bentuk pencaran cahaya, gambar, orang atau panorama yang luas dan kompleks, biasanya menyenangkan atau menakutkan. Perilaku yang muncul adalah tatapan mata pada tempat tertentu, menunjuk kearah tertentu, serta ketakutan pada objek yang dilihat.

1. Halusinasi Penciuman (Olfaktori)

Tercium bau busuk, amis, dan bau yang menjijikan seperti :darah, urine atau feses, kadang-kadang terhidu bau harum seperti parfum. Perilaku yang muncul adalah ekspresi wajah seperti mencium, mengarahkan hidung pada tempat tertentun dan menutup hidung.

1. Halusinasi pengecapan (gustatory)

Merasa mengecap sesuatu yang busuk, amis, dan menjijikkan, seperti rasa darah, urine, dan feses. Perilaku yang muncul adalah seperti mengecap, mulut seperti gearakan mengunyah sesuatu sering meludah, muntah.

1. Halusinasi Perabaan (taktil)

Mengalami rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat, seperti merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain, merasakan ada yang menggerayangi tubuh seperti tangan, binatang kecil dan mahluk halus. Perilaku yang muncul adalah mengusap, menggaruk-garuk atau meraba-raba permukaan kulit, terlihat menggerak-gerakan badan seperti merasakan sesuatu rabaan.

**2.2.3 Faktor Penyebab Halusinasi**

Faktor predisposisi klien halusinasi menurut (Kristina, 2019)

1. Faktor predisposisi
2. Faktor perkembangan

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

1. Faktor sosiokultural

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

1. Faktor biologis

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

1. Faktor psikologis

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

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 penyakit ini.

1. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi merupakan stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk menghadapinya. Seperti adanya rangsangan dari lingkungan, misalnya partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama tidak diajak komunikasi, objek yang ada di lingkungan dan juga suasana sepi atau terisolasi, sering menjadi pencetus terjadinya halusinasi. Hal tersebut dapat meningkatkan stress dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik. Penyebab Halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi yaitu :

1. Dimensi fisik

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

1. Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. 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 merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tidak jarang akan mengontrol semua perilaku klien.

1. Dimensi Sosial

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

1. Dimensi Spiritual

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

**2.2.4 Fase-Fase Halusinasi**

**Tabel 2.1 Tahapan halusinasi terbagi menjadi 5 fase, yaitu (Ma’rifatul, 2016)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tahapan Halusinasi** | **Karakteristik** |
| Stage I : Sleep disorder Fase awal seseorang sebelum muncul halusinasi | Klien merasa banyak masalah, ingin menghindar dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karna berbagai stressor terakumulasi, misalnya kekasih hamil, terlibat narkoba, dikhianati kekasih, masalah dikampus, drop out, dst. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedangkan support sistem kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur berlangsung trus-menerus sehingga terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunanlamunan awal tersebut sebagai pemecah masalah. |
| Stage II: Comforting Halusinasi secara umum ia terima sebagai sesuatu yang alami | Klien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan, dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat dia kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya. |
| Stage III: Condemning Secara umum halusinasi sering mendatangi klien | Klien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan, dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat dia kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya. |
| Stage IV: Controlling Severe Level of Anxiety Fungsi sensori menjadi tidak relevan dengan kenyataan | Klien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik |
| Stage: V: Conquering Panic Level of Anxiety Klien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya. | Pengalaman sensorinya terganggu. Klien mulai terasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila klien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal empat jam atau seharian bila klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik. Terjadi gangguan psikotik berat. |

**2.2.5 Tanda dan Gejala Halusinasi**

Menurut (Yosep, 2010) tanda-tanda yang berkaitan dengan halusinasi pendengaran meliputi sebagai berikut :

a. Data Objektif :

1) Klien tampak bicara sendiri.

2) Klien tampak tertawa sendiri.

3) Klien tampak marah-marah tanpa sebab.

4) Klien tampak mengarahkan telinga ke arah tertentu.

5) Klien tampak menutup telinga.

6) Klien tampak menunjuk-nunjuk kearah tertentu.

7) Klien tampak mulutnya komat-kamit sendiri.

b. Data Subjektif :

1) Klien mengatakan mendengar suara atau kegaduhan.

2) Klien mengatakan mendengar suara yang mengajaknya untuk bercakap-cakap.

3) Klien mengatakan mendengar suara yang menyuruhnya untuk melakukan sesuatu yang berbahaya.

4) Klien mengatakan mendengar suara yang mengancam dirinya atau orang lain

**2.2.6 Rentang Respon Halusinasi**

**Gambar 2.1 rentang respon neurologis halusinas**i **(Trimelia, 2011)**

Respon Adaptif Respon Maladaptif

Distorsi pikiran (pikiran kotor) Ilusi Reaksi emosi berlebih atau kurang perilaku aneh dan tidak bisa menarik diri

Gangguan pikir/delusi Halusinasi Perilaku disorganisasi Isolasi sosial

Pikiran logis Persepsi akurat emosi kosisten dengan pengalaman perilaku sesuai hubungan sosial

Keterangan :

1. Respon adaptif

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

1. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.
2. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
3. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman.
4. Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran. Pikiran logis Persepsi akurat emosi kosisten dengan pengalaman perilaku sesuai hubungan sosial Distorsi pikiran (pikiran kotor) Ilusi Reaksi emosi berlebih atau kurang perilaku aneh dan tidak bisa menarik diri Gangguan pikir/delusi Halusinasi Perilaku disorganisasi Isolasi sosial
5. Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.
6. Respon psikososial meliputi:
7. Proses fikir terganggu .
8. Ilusi adalah interprestasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera.
9. Emosi berlebihan atau berkurang.
10. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
11. Menarik diri yaitu percoban untuk menghindar interaksi dengan orang lain.
12. Respon maladaptif

Respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan. Adapun respon maladaptif meliputi:

1. Kelainan pikiran (waham) adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
2. Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
3. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
4. Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu perilaku yang tidak teratur.
5. Isolasi sosial adalah kondisi dimana seseorang merasa kesepian tidak mau berinteraksi dengan orang dan lingkungan

**2.2.7 Mekanisme Koping**

Menurut(Ma’rifatul, 2016), mekanisme koping klien dengan Halusinasi yaitu :

1. Regresi : menjadi malas beraktifitas sehari-hari
2. Proyeksi : menjelaskan perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tangggung jawab kepada orang lain.
3. Menarik diri : sulit mempercayai orang lain dan asik dengan stimulus internal

Biasanya pada klien halusinasi cenderung berperilaku maladpatif, seperti mencederai diri, melampiaskan kemarahannya dengan meminum-minuman yang beralkohol. Perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk megalihkan tanggung jawab kepada orang lain.

**2.2.8 Penatalaksanaan Pada Halusinasi Pendengaran**

1. Psikofarmakologis

Dengan pemberian oabat-obatan yang lazim digunakan pada gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala pada klien skizoprenia adalah obat-obatan anti psikosis, karena skizofrenia merupakan salah satu jenis gangguan psikosis (erlina, S., & Dibyo, 2010). Pada klien halusinasi terapi medis seperti haloperidol (HLP), Clapromazine (CPZ), Trihexyphenidyl (THP) (Ma’rifatul, 2016).

1. Terapi kejang listrik (ECT)

Terapi kejang listrik adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang melewatkan aliran listrik melaui elecrode yang dipasang pada satu atau dua temples, terapi kejang listrik 4-5 joule/detik.

1. Terapi kelompok
2. Terapi group (kelompok terapeutik)
3. Terapi aktivitas kelompok (adjuntive group activity therapy)
4. TAK stimulus persepsi: Halusinasi

- Sesi 1 : Mengenal halusinasi

- Sesi 2 : Mengontrol halusinasi dengan menghardik

- Sesi 3 : Mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan

- Sesi 4 : Mencegah halusinasi dengan bercakap-cakap

- Sesi 5 : Mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat

1. Terapi lingkungan

**2.3. Asuhan Keperawatan** **Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi**

# Pengkajian

1. Identitas klien

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

1. Alasan masuk

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

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

# Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan tanda-tanda vital yang meliputi : tinggi badan, berat badan, dan tanyakan ke klien apakah ada keluhan fisik yang dirasakan oleh klien atau tidak.

# Psikososial

1. Genogram

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

1. Konsep diri :
2. Gambaran diri

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

1. Identitas diri

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

1. Peran

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

1. Ideal diri

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

1. Harga diri

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

1. Hubungan social

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

1. Spiritual

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

# Status mental

1. Penampilan

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

1. Pembicaraan

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

1. Aktivitas motoric

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

1. Afek emosi

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

1. Interaksi selama wawancara

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

1. Persepsi sensori

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

1. Proses piker
2. Bentuk fikir

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

1. Isi fikir

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

1. Tingkat kesadaraan

Pada klien halusiansi sering kali merasa bingung, apatis.

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

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

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

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

# Kebutuhan perencanaan pulang

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

# Mekanisme koping

Biasanya pada klien halusinasi cenderung berperilaku maladpatif, seperti mencederai diri, melampiaskan kemarahannya dengan meminum-minuman yang beralkohol. Perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk megalihkan tanggung jawab kepada orang lain.

# Masalah Psikososial dan Lingkungan

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

# Aspek Pengetahuan

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

# Aspek Medis

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

# Pohon Masalah

# Gambar 2.2 Pohon Masalah (Ma’rifatul, 2016)

Resiko tinggi perilaku kekerasan

# Effect

Perubahan persepsi sensori : Halusinasi

# Problem

Isolasi sosial

# Core

Harga diri rendah

# Diagnosa Keperawatan

# Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendegaran

# Isolasi sosial : menarik diri

# Resiko perilaku kekerasan

# Rencana Keperawatan

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

# Tabel 2.2 Rencana Keperawatan menurut (Keliat, 2019)

|  |  |
| --- | --- |
| **TINDAKAN KEPERAWATAN** | |
| **TINDAKAN PADA PASIEN** | **TINDAKAN PADA KELUARGA** |
| 1. Pengkajian : kaji tanda dan gejala halusinasi, penyebab, dan kemampuan klien mengatsinya. Jika ada halusinasi katakan anda percaya, tetapi anda sendiri tidak mendengar/melihat/menghidu/   merasakan   1. Diagnosis: jelaskan proses terjadinya halusinasi 2. Tindakan keperawatan: 3. Tidak mendukung dan tidak membantah halusinasi klien 4. Latih klien melawan halusinasi dengan menghardik 5. Latih klien mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek 6. Latih klien mengalihkan halusinasi dengan bercakap-cakap dan melakukan kegiatan secara teratur 7. Latih klien minum obat dengan orinsip 8 benar, yaitu benar nama pasien, benar nama obat, benar manfaat, benardosis, benar frekuensi, benar cara, benar tanggal kadaluarsa, dan benar dokumentasi 8. Diskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkancara mengendalikan halusinasi 9. Berikan pujian pada kaien saat mampu mempraktikkan latihan mengendalikan halusinasi | 1. Kaji masalah klien yang dirasakan keluarga dalam merawat klien 2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, serta proses terjadinya halusinasi yang dialami klien 3. Diskusikan cara merawat halusinasi dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi klien 4. Melatih keluarga merawat halusinasi 5. Melibatkan seluruh anggota keluarga untuk bercakap-cakap secara bergantian, memotivasi klien melakukan latihan dan memberi pujian atas keberhasilannya 6. Menjelaskan tanda dan gejala halusinasi yang memerlukan rujukan segera yaitu isi halusinasi yang memerintahkan kekerasan serta melakukan *follow-up* ke pelayanan kesehatan secara teratur |

# Implementasi Keperawatan

# Tabel 2.3 Implementasi Keperawatan

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

# Evaluasi

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

* 1. **Konsep Adaptasi Stress Menurut Stuart**

Keperawatan kesehatan jiwa menggunakan model stres adaptasi dalam mengidentifikasi penyimpangan perilaku. Model ini mengidentifikasi sehat sakit sebagai hasil berbagai karakteristik individu yang berinteraksi dengan faktor lingkungan. Model ini mengintegrasikan komponen biologis, psikologis, serta sosial dalam pengkajian dan penyelesaian masalahnya. Apabila masalah disebabkan karena fisik, maka pengobatan dengan fisik atau kimiawi. Apabila masalah psikologis, maka harus diselesaikan secara psikologis. Demikian pula jika masalah sosial, maka lebih sering dapat diselesaikan dengan pendekatan sosial melalui penguatan psikologis.

Beberapa hal yang harus diamati dalam model stres adaptasi adalah faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber koping, dan mekanisme koping yang digunakan. Ada dua kemungkinan koping terpilih yaitu berada antara adaptif dan maladaptif. Koping ini bersifat dinamis, bukan statis pada satu titik. Dengan demikian, perilaku manusia juga selalu dinamis, yakni sesuai berbagai faktor yang memengaruhi koping terpilih.

Secara lengkap komponen pengkajian model stres adaptasi dalam keperawatan kesehatan jiwa adalah sebagai berikut :

**Gambar 2.3 Kerangka konsep pengkajian model stress adaptasi (Stuart, G.W & Laraia, 2013)**

Faktor Predisposisi

Biologis psikologis Sosiokultural

Faktor Presipitasi

Sifat Sumber Waktu Jumlah

Penilaian terhadap stressor

Kognitif Afektif Fisiologis Perilaku Sosial

-Gangguan -Emosi yg -Jantung ber- -Gaduh, gelisah -Disorga-

Orientasi, berlebihan debar-debar -Berbicara sendiri nisasi

-Gangguan -Parathimi -Adanya kewas- -Diam&dipenuhi sosial

Psikotik padaan sesuatu yg asyik

Sumber Koping

Kemampuan personal dukungan sosial Aset ekonomi Maturasi

Mekanisme koping

Konstruktif Distruktif

Respon koping kontinu

Respon Adaptif Respon Maladaptif

Diagnosa Keperawatan

**Faktor Predisposisi**

Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang menjadi sumber terjadinya stres yang memengaruhi tipe dan sumber dari individu untuk menghadapi stres baik yang biologis, psikososial, dan sosiokultural. Secara bersama-sama, faktor ini akan memengaruhi seseorang dalam memberikan arti dan nilai terhadap stres pengalaman stres yang dialaminya. Adapun macam-macam faktor predisposisi meliputi hal sebagai berikut.

1. Biologi: latar belakang genetik, status nutrisi, kepekaan biologis, kesehatan umum, dan terpapar racun.

2. Psikologis: kecerdasan, keterampilan verbal, moral, personal, pengalaman masa lalu, konsep diri, motivasi, pertahanan psikologis, dan kontrol.

3. Sosiokultural: usia, gender, pendidikan, pendapatan, okupasi, posisi sosial, latar belakang budaya, keyakinan, politik, pengalaman sosial, dan tingkatan sosial.

**Faktor Presipitasi**

Faktor presipitasi adalah stimulus yang mengancam individu. Faktor presipitasi memerlukan energi yang besar dalam menghadapi stres atau tekanan hidup. Faktor presipitasi ini dapat bersifat biologis, psikologis, dan sosiokultural. Waktu merupakan dimensi yang juga memengaruhi terjadinya stres, yaitu berapa lama terpapar dan berapa frekuensi terjadinya stres.

Adapun faktor presipitasi yang sering terjadi adalah sebagai berikut.

1. Kejadian yang menekan (*stressful*)

Ada tiga cara mengategorikan kejadian yang menekan kehidupan, yaitu aktivitas sosial, lingkungan sosial, dan keinginan sosial. Aktivitas sosial meliputi keluarga, pekerjaan, pendidikan, sosial, kesehatan, keuangan, aspek legal, dan krisis komunitas. Lingkungan sosial adalah kejadian yang dijelaskan sebagai jalan masuk dan jalan keluar. Jalan masuk adalah seseorang yang baru memasuki lingkungan sosial. Keinginan sosial adalah keinginan secara umum seperti pernikahan.

2. Ketegangan hidup

Stres dapat meningkat karena kondisi kronis yang meliputi ketegangan keluarga yang terus-menerus, ketidakpuasan kerja, dan kesendirian. Beberapa ketegangan hidup yang umum terjadi adalah perselisihan yang dihubungkan dengan hubungan perkawinan, perubahan orang tua yang dihubungkan dengan remaja dan anak-anak, ketegangan yang dihubungkan dengan ekonomi keluarga, serta *overload* yang dihubungkan dengan peran.

* 1. **Konsep Komunikasi Terapeutik**
     1. **Definisi Komunikasi Teraupetik**

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

# Tujuan Komunikasi Teraupetik

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

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

# Manfaat Komunikasi Teraupetik

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

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

# Teknik Komunikasi Teraupetik

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

1. Mendengarkan

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

1. Menunjukan penerimaan

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

1. Mengulang pernyataan klien

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

1. Klarifikasi

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

1. Memfokuskan Pembicaraan

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

1. Menyampaikan Hasil

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

1. Menawarkan Informasi

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

1. Menunjukkan Penghargaan

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

1. Refleksi

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

# Tahapan Komunikasi Teraupetik

1. Tahap pre-interaksi Tahap ini adalah masa persiapan sebelum memulai berhubungan dengan klien. Tugas perawat pada tahap ini, yaitu:
   1. Mengeksplorasi perasaan, harapan dan kecemasannya
   2. Menganalisa kekuatan dan kelemahan diri dengan analisa diri ia akan terlatih untuk memaksimalkan dirinya agar bernilai terapeutik bagi klien.
   3. Mengumpulkan data tentang klien, sebagai dasar dalam membuat rencana interaksi.
   4. Membuat rencana pertemuan secara tertulis, yang akan diimplementasikan saat bertemu dengan klien.
2. Tahap orientasi. Tahap ini dimulai pada saat bertemu pertama dengan klien.

Saat pertama kali bertemu dengan klien fase ini digunakan perawat untuk berkenalan dengan klien dan merupakan langkah awal dalam membantu hubungan saling percaya. Tugas utama perawat pada tahap ini adalah memberikan situasi lingkungan yang peka dan menunjukkan penerimaan, serta membantu klien dalam mengekspresikan perasaan dan pikirannya. Tugas-tugas perawat pada tahap ini adalah:

* 1. Membantu hubungan saling percaya, menunjukkan sikap penerimaan dan komunikasi terbuka. Untuk membina hubungan saling percaya perawat harus terbuka, jujur, ikhlas, menerima klien apa adanya, menepati janji dan menghargai klien.
  2. Merumuskan kontrak bersama klien. Kontrak yang harus disetujui bersama dengan klien yaitu tempat, waktu dan topik pertemuan.
  3. Mengenali perasaan dan pikiran serta mengidentifikasi masalah klien.
  4. Merumuskan tujuan dengan klien.

1. Tahap kerja. Tahap ini merupakan inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik. Tahap ini perawat bersama klien mengatasi masalah yang dihadapi klien. Tahap ini berkaitan dengan pelaksanaan rencana asuhan yang telah

diterapkan. Teknik komunikasi yang sering digunakan perawat antara lain mengoksplorasi, mendengarkan dengan aktif, refleksi, berbagai persepsi, memfokuskan dan menyimpulkan.

1. Tahap terminasi. Fase ini merupakan fase yang sulit dan penting, karena hubungan saling percaya sudah terlena dan berada pada tingkat optimal. Bisa terjadi terminasi pada saat perawat mengak mengakhiri tugas pada unit tertentu atau saat klien akan pulang. Perawat dan klien meninjau kembali proses keperawatan yang telah dilalui dan pencapaian tujuan. Terminasi merupakan akhir dari pertemuan perawat dibagi 2 yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi terjadi jika perawat telah menyelesaikan proses keperawatan secara menyeluruh. Tugas perawat pada fase ini:
2. Mengevaluasi pencapaian tujuan interaksi yang telah dilakukan, evaluasi ini disebut evaluasi objektif.
3. Melakukan evaluasi subjektif dilakukan dengan menanyakan perasaan klien setelah berinteraksi atau setelah melakukan tindakan tertentu.
4. Menyepakati tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan.
5. Membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya, kontrak yang perlu disepakati adalah topik, waktu dan tempat pertemuan. (Anjaswani, 2016)
   1. **Psikopatologis Halusinasi**

**Gambar 2.4 Kerangka konsep Psikopatologis Halusinasi, menurut (Stuart, 2006)**

Faktor predisposisi

sosiokultural

Biologis

Psikologis

Stressor presipitasi

Biologi

Gejala

Tekanan lingkungan

Penilaian terhadap stressor

Mekanisme koping

Regresi

Menarik diri

Proyeksi

Destruktif

Konstruktif

* 1. **Literature Review**

**Tabel 2.4 Literature Review Jurnal**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Judul, Penulis, dan Tahun Penerbit** | **Jenis Penelitian** | **Desain** | **Sampel** | **Variabel yang**  **diukur** | **Instrument** | **Analisis uji** | **Hasil Temuan** |
| 1. | Kajian asuhan keperawatan jiwa halusinasi pendengaran pada dr. D di ruang nakula RSJD Surakarta,  Alkhosiyah Alfi Zelika & Deden Dermawan, 2015 | Penelitian Kualitatif | *Purpose sampling* | 12 pasien | **-** Asuhan keperawatan jiwa pada pasien halusinasi  **-** Diagnosa yang muncul | Metode wawancara, observasi, studi dokumentasi dan studi kepustakaan | Uji *Chi Square* | Setelah dilakukan interaksi selama 4 kali pertemuan dan melaksanakan SP I sampai SP IVpasien mampu mengidentifikasi halusinasinya dan pasien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi menghardik, bercakap–cakap dengan orang lain, ketika halusinasinya muncul mampu melakukan kegiatan terjadwal sudah dilakukan dengan optimal dan mandiri, cara mengontrol halusinasi dengan minum obat sudah dilakukan dengan optimal. Simpulan penelitian ini adalah pasien mampu melaksanakan SP yang sudah diajarkan peneliti dan melaksanakan jadwal harian sesuai dengan waktunya, halusinasi yang pasien alami berkurang setelah pasien berlatih mengontrol halusinasi. |
| 2 | Asuhan keperawatan jiwa perubahan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dan latihan mengontrol halusinasi denga menghardik pada pasien Ny. R dan pasien Ny D di ruang larasati RSJD Dr Amino Gondohutomo provinsi jawa tengah, Rif’atul Qonita, 2018 | Penelitian Deskriptif | Studi kasus | 2 pasien | - Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi halusinasi | Metode wawancara | Analisis data *descriptive statistics* | Pada halusinasi terdapat beberapa faktor yang memengaruhi sehingga terjadi perbedaan hasil dalam penelitian, diantaranya fase halusinasi, umur dan aspek medis. |
| 3 | Tindakan menghardik untuk mengatasi halusinasi pendengaran pada klien skizofrenia di rumah sakit jiwa, Murni Pertiwi & Heri Setiawan, 2018 | Penelitian deskriptif | Studi kasus | 2 pasien | **-** Mengukur tindakan menghardik untuk mengatasi halusinasi pendengaran | Metode wawancara, dan observasi langsung | *Alpha Conbachs* | Batasan karakteristik yang muncul adalah sebagai berikut tidakl dapat membedakan keadaan yang nyata atau tidak, kurang konsentrasi dengan lingkungan sekitar, sulit berkomunikasi dengan orang lain, ekspresi muka tegang, pergerakan mata cepat, respon verbal lambat, dan takut. |
| 4 | Efektivitas terapi individu bercakap-cakap dalam meningkatkan kemampuan mengontrol halusinasi pada pasien halusinasi pendengaran di RSJ Dr Amino Gondohutomo provinsi jawa tengah, Oky Frresa, Dwi Heppy Rochmawati, M.Syamsul Arif SN, 2015 | Penelitian Quasy Eksperimen | One Grup Pretest Protest with control group | 54 pasien | **-** efektivitas terapi individu dengan cara bercakap-cakap untuk mengontrol halusinasi | Metode kuesioner | Uji Mann Whitney test | Analisis post test kelompok intervensi dan post test kelompok kontrol, di dapatkan hasil dengan uji statistik Mann-Whitney Test yaitu – 6.359, nilai negatif menunjukkan kemampuan mengontrol halusinasi pada kelompok intervensi lebih tinggi daripada kelompok kontrol. |
| 5 | Pengaruh terapi *Activity Daily Living*  terhadap pemulihan pasien halusinasi, Suhermi, rahmawati Ramli, Hasriani Caing, 2021 | Purposive sampling | One Grup Pretest Protest with control group | 20 pasien | **-** Pengaruh terapi aktivitas daily living terhadap pemulihan pasien dengan halusinasi | Metode Kuesioner | Analisis Uji-T | Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di ruang Cempaka RSKD DADI Prov. Sulsel dapat disimpulkan bahwa Ada pengaruh terapi aktivitas harian terhadap proses pemulihan pasien halusinasi dimana sebelum diberikan terdapat setengah dari pasien yang tidak pulih sedangkan setelah diberikan seluruh pasien dikategorikan pulih. Disarankan Kepada pihak rumah sakit agar dapat meningkatkan dan memotivasi pasien dalam melakukan terapi aktivitas harian kepada pasien halusinasi agar pasien lebih mudah mengontrol halusinasinya dan mampu bersosialiasi dengan lingkungannya |
| 6 | Hubungan kepatuhan minum obat dengan periode kekambuhan pada pasien skizofrenia: Halusinasi di rumah sakit jiwa Prof Dr Soerboyo Magelang, Ana Puji Astusti, Tri Susilo, Sang Made Adiatma Putra, 2017 | Penelitian deskriptif korelasional | *Cross sectional* | 113 pasien | - Kepatuhan minum obat pada pasien halusinasi  - periode kekambuhan yang dialami oleh pasien skizofrenia di rumah sakit jiwa Prof Dr. Soeroyo Magelang | Metode kuesioner | Uji *Chi Square* | Sebagian besar responden mempunyai kepatuhan minum obat yang kurang yaitu sebanyak 48 responden (54,5%), sebagian besar responden mengalami periode kekambuhan yang berat yaitu sebanyak 67 responden (76,1%), uji Chi Square didapatkan ada hubungan yang signifikan antara kepatuhan minum obat dengan periode kekambuhan pada pasien skizofrenia: halusinasi di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soeroyo Magelang |

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

* 1. **Pengkajian**
     1. **Identitas**

Pasien adalah seorang perempuan bernama Ny. S usia 50 Tahun, beragama Islam, Bahasa yang sering digunakan yaitu Bahasa Indonesia dan Bahasa Jawa. Pasien bertempat tinggal di Surabaya.

* + 1. **Alasan Masuk**

Pasien dibawah kerumah sakit jiwa menur karna sering berteriak-teriak dan berbicara sendiri. Saat dikasji mengapa pasien berbicara sendiri, pasien mengatakan sering mendengar suara-suara yang mengatakan “Saropah melarat, Saropah gak due duek”, tetapi pasien mengetahui bahwa itu adalah halusinasinya.

* + 1. **Faktor Predisposisi**

Pasien pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya pada tahun 2018. Pasien pernah berobat sebelumnya yaitu dibawa ke RSj dan meminum obat tetapi kurang berhasi karena pasien sendiri yang masih belum patuh meminum obat. Pasien pernah masuk ke RSJ sebanyak 2x dengan yang ini, jarak kambuh awal dengan yang sekarang selisih 2 tahun. Ketika pasien mengalami kekambuhan keluarga membawa pasien untuk pengobatan di RSJ terdekat. Pasien tidak pernah mengalami penganiayaan maupun kekerasan/trauma. Pasien tidak memiliki keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Dan klien tidak mempunyai masalalu yang tidak menyenangkan

**Masalah Keperawatan : Regimen Terapeutik Inefektif**

* + 1. **Pemeriksaan Fisik**

1. Tanda vital

Tekanan darah : 131/81 mmhg

Nadi : 88x/menit

Pernafasan : 21x/menit

Suhu : 36,8 C

1. Ukuran

Berat badan (BB) : 67 kg

Tinggi badan (TB) : 163 cm

1. Keluhan Fisik

Saat dilaksanakan pengkajian tidak ditemukan kelainan dalam pemeriksaan fisik, keadaan umum pasien baik.

**Masalah keperawatan:** Tidak ada masalah keperawatan

* + 1. **Psikososial**

1. **Genogram**

Tidak terkaji

**Masalah keperawatan:** Tidak ada masalah keperawatan

1. **Konsep Diri**
2. Gambaran diri

Pasien mengatakan menyukai seemua anggota keluarganya

1. Identitas diri

Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang perempuan dan ibu

1. Peran

Peran pasien adalah seorang ibu

1. Ideal diri

Pasien mengatakan bahwa ia ingin segera pulang

1. Harga diri

Pasien mengatakan merasa tidak terima oleh keluarganya dan lingkungan sekitar. Beliau merasakan sudah tidak dianggap oleh keluarganya. Pasien sangat sedih karena selama ini ia sangat menyayangi keluarnya

**Masalah keperawatan: Harga Diri Rendah Kronis**

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

Pasien mengatakan orang yang paling terdekat ialah anaknya

1. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat

Pasien mengatakan tidak pernah kumpul/bersosialisasi dengan masyarakat sekitar

1. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien menjawab ngelantur

**Masalah keperawatan: Gangguan Interaksi Sosial**

1. **Spiritual**
2. Nilai dari keyakinan

Pasien mengatakan dirinya beragama islam

1. Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan dirinya sholat tetapi jarang-jarang karena kognitif pasien yang sudah terganggu.

**Masalah keperawatan:** Tidak ada masalah keperawatan

* + 1. **Status Mental**

1. **Penampilan**

Tidak rapi

Pada saat dilaksanakan pengkajian terlihat baju pasien kurang rapi, dan saat ditanya pasien tidak mau mandi

**Masalah keperawatan: Defisit keperawatan diri: Kebersihan**

1. **Pembicaraan**

Cepat, keras dan inkoheren

Pada saat dilaksanakan pengkajian pasien menjawab ngelantur dan tidak nyambung

**Masalah keperawatan: Gangguan komunikasi verbal**

1. **Aktivitas Motorik**

Tegang dan gelisah

Pada saat pengkajian pasien mengatakan sering mondar mandir jika dikamar.

**Masalah keperawatan:** Tidak ada masalah keperawatan

1. **Alam Perasaan**

Khawatir

Pada saat pengkajian pasien mengatakan gelisah dan takut jika suara itu kembali muncul

**Masalah keperawatan: Ansietas**

1. **Afek**

Labil

Pasien Mudah marah dan tersinggung

**Masalah keperawatan: Resiko Perilaku Kekerasan**

1. **Interaksi Selama Wawancara**

Pada saat wawancara pasien jarang-jarang berkontak mata dengan perawat

**Masalah keperawatan:** Tidak ada masalah keperawatan

1. **Persepsi Halusinasi**

Pendengaran

Pasien mengatakan mendengar suara-suara, isi dari suara tersebut “Saropah melarat, Saropah gak onok duwek e”, suara itu muncul pada saat malam dan siang hari. Saat suara itu muncul durasi lamanya kurang lebih 5 menit, serta saat keadaa posisi pasien sendirian, pasien merasakan takut dan gelisah ketika suara itu mucnul. Ketika suara itu muncul respon pasien hanya diam saja.

**Masalah keperawatan: Halusinasi Pendengaran**

1. **Proses Pikir**

Pengulangan pembicaraan / perseverasi

Pada saat diwawancarai pasien menjawab berbelit-belit dan mengulang-ulang jawaban

**Masalah keperawatan: Gangguan Proses Pikir**

1. **Isi Pikir**

Pasien mengatakan bahwa ia kaya raya dan banyak uang

**Masalah keperawatan: Gangguan Proses Pikir**

1. **Tingkat Kesadaran**

Bingung

Pasien bicara ngelantur

**Masalah keperawatan:** Tidak ada masalah keperawatan

1. **Memori**

Gangguan daya ingat jangka panjang

Pasien mengingat tempat tinggal dan keluarganya

**Masalah keperawatan:** Tidak ada masalah keperawatan

1. **Tingkat Konsentrasi dan Berhitung**

Pasien dapat berhitung uang

**Masalah keperawatan:** Tidak ada masalah keperawatan

1. **Kemampuan Penilaian**

Gangguan bermakna

Pasien saat ditanya mandi/makan dahulu, pasien menjawab makan terlebih dahulu

**Masalah keperawatan: Perubahan Proses Pikir**

1. **Daya Tilik Diri**

Pasien menyadari bahwa dirinya sakkit dan dibawa kerumah sakit jwa.

**Masalah keperawatan:** Tidak ada masalah keperawatan

* + 1. **Kebutuhan Perencanaan Pulang**

1. **Kemampuan pasien memenuhi kebutuhan**

**Tabel. 3.1** kemampuan klien memenuhi kebutuhan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kemampuan memenuhi kebutuhan** | **Ya** | **Tidak** |
| Makanan | ✓ |  |
| Keamanan |  | ✓ |
| Perawatan Kesehatan |  | ✓ |
| Pakaian | ✓ |  |
| Transportasi |  | ✓ |
| Tempat Tinggal |  | ✓ |
| Keuangan |  | ✓ |

Penjelasan:

1. Makanan

Dari pengamatan dan observasi yang dilakukan diruang flamboyan, porsi makan pasien habis dan bisa makan sendiri

1. Keamanan

Pada saat pengkajian pasien terlihat tidak mampu menjaga keamanan dirinya sendiri, seperti pasien sering mondar-mandir yang dapat beresiko cidera

1. Perawatan Kesehatan

Pada saat pengkajian pasien membutuhkan orang lain untuk memenuhi kebutuhannya

1. Pakaian

Pasien masih mampu memakai pakaiannya secara mandiri, namun tidak rapi

1. Transportasi

Pasien diantar dan dijemput oleh keluarganya

1. Tempat Tinggal

Pasien mengatakan tinggal bersama ibu, anak dan suaminya

1. Keuangan

Biaya pasien ditanggung oleh keluarganya

1. **Kegiatan hidup sehari – hari (ADL)**
2. Perawatan diri

**Tabel. 3.2** *Activity Daily Living*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kegiatan Hidup Sehari – hari** | **Bantuan Total** | **Bantuan Minimal** |
| Mandi |  | ✓ |
| Kebersihan | ✓ |  |
| Makan |  | ✓ |
| Buang air kecil |  | ✓ |
| Buang air besar |  | ✓ |
| Ganti pakaian |  | ✓ |

Penjelasan:

1. Mandi

Pada saat pengkajian pasien bisa mandi sendiri tetapi pasien malas untuk mandi. Pada saat pengkajian lingkungan sekitar tempat tidur pasien bersih

1. Makan

Pada saat waktu makan pasien habis 1porsi dan bisa makan sendiri

1. Buang air kecil

Dari hasil observasi pasien mampu BAK ke kamar mandi sendiri

1. Buang air besar

Dari hasil observasi pasien mampu BAB ke kamar mandi sendiri

1. Ganti pakaian

Dari hasil observasi pasien mampu memakai pakaian sendiri tetapi pasien jarang untuk ganti pakaian jika tidak dipaksa

**Masalah keperawatan: Defisit Perawatan Diri**

1. Nutrisi
2. Dari hasil observasi pasien puas dengan pola makannya,
3. Frekuensi makan pasien yaitu 3x sehari dan kudapan 2x sehari, berat badan pasien saat ini yaitu 67 kg

**Masalah keperawatan:** Tidak ada masalah keperawatan

1. Tidur
2. Pasien tidak ada masalah dengan pola tidurnya
3. Pasien selalu tidur siang dikasurnya
4. Waktu tidur siang pasien yakni 3 jam
5. Pasien tidur malam setelah mendapat obat
6. Waktu tidur malam pasien yakni pukul 20.00 WIB dan bangun pukul 06.00 WIB

**Masalah keperawatan:** Tidak ada masalah keperawatan

1. **Kemampuan klien**

Pasien mampu mengantisipasi kebutuhannya sendiri, dan membuat keputusan berdasarkan keinginannya sendiri. Tetapi pasien tidak dapat untuk mengatus penggunaan obat serta melakukan pemeriksaan kesehatan.

**Masalah keperawatan:** Tidak ada masalah keperawatan

1. **Klien memiliki sistem pendukung**

Pasien saat dikaji jawaban ngelantur dan bicara yang tidak nyambung

**Masalah keperawatan:** Tidak ada masalah keperawatan

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

Pasien mengatakan senang jika bekerja, karna dapat menghasilkan uang

**Masalah keperawatan:** Tidak ada masalah keperawatan

* + 1. **Mekanisme Koping**

Mekanisme adaptif tidak ada karna pasien belum bisa menegenali masalahnya dan belum mampu menyelesaikan masalahnya. Terdapat mekanisme maladaptif yaitu pasien bereaksi lambat/berlebih dan sering menghindar.

* + 1. **Masalah Psikososial dan Lingkungan**

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik : pasien mendapatkan semangat dari teman sekamarnya
2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik: pasien lebih suka tidur, dibandingkan dengan bersosialisasi/bercengkrama dengan orang lain disekitarnya
3. Masalah dengan pendidikan, spesifik : pasien mengatakan tidak ada masalah dalam dunia pendidikan
4. Masalah dengan pekerjaan, spesifik : pasien belum pernah bekerja
5. Masalah dengan perumahan, spesifik : pasien tinggal dengan ibu, suami dan anaknya, tetapi beliau tidak dekat dengan tetangga sekitar
6. Masalah dengan ekonomi, spesifik : pasien mengatakan mengalami kebangkrutan karna ditipu temannya, dan untuk saat ini kehidupan dan ekonomi beliau dibantu oleh ibunya
7. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik : pasien tidak memiliki masalah dalam pelayanan kesehatan
8. Masalah lainnya, spesifik : pasien mengerti jika ia mengalami halusinasi pendengaran

**Masalah keperawatan:** Tidak ada masalah keperawatan

* + 1. **Pengetahuan Kurang Tentang**

Pasien tidak mengetahui tentang apa itu penyakit jiwa, penyakit fisik, dan penggunaan serta manfaat dari obat-obatan

**Masalah keperawatan:** Tidak ada masalah keperawatan

* + 1. **Data Lain-Lain**
* Swab antigen (02-12-2021) : Negatif
* Foto Thorax (02-12-2021)
* Cor : Besar dan bentuk normal
* Pulmo : tak tampak konsolidasi : inkoheren
* Bronchovaskuler pattern normal
* Ke 2 sinus *phrenico – costalis* tajam
* Tulang-tulang dinding thorax
* Kesimpulan : foto thorax normal
  + 1. **Aspek Medik**

1. Diagnosa Medik : F.20.0
2. Terapi Medik :

* Trifluoperazine 2x5 mg
* Loratadine 10mg
* Trihexyphenidil 2mg
* Clozapine 25mg
  + 1. **Daftar Masalah Keperawatan**

1. Harga diri kronis
2. Gangguan interaksi sosial
3. Gangguan komunikasi verbal
4. Gangguan persepsi sensori
5. Defisit perawatan diri
6. Gangguan proses piker (Waham)
7. Defisit pengetahuan
8. Koping tidak efektif
9. Regimen terapeutik inefektif
   1. **Pohon Masalah**

**Gambar 3.1**

**Pohon masalah : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi**

Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan

Gangguan persepsi sensori (Halusinasi)

Defisit pengetahuan

Gangguan

komunikasi verbal

Menarik diri

Perubahan proses pikir

Harga diri rendah kronis

Defisit perawatan diri

Regimen

terpeutik inefektiff

Stressor : Koping individu tidak efektif

* 1. **Analisa Data**

**Tabel 3.3 Analisa Data**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tgl** | **Data** | **Etiologi** | **Masalah** | **T.T** |
| Senin  13/12/2021 | **DS :**  **-** Pasien mengatakan merasa gelisah jika suara itu mulai muncul  - pasien sering mendengar suara-suara “Saropah melarat, Saropah ga duwe duek”, suara itu muncul saat pasien sendirian. Dan respon pasien saat suara itu muncul hanya diam saja.  - pasien sering mondar-mandir diruangan  **DO:**  - pasien tampak tegang & gelisah  - pasien mudah marah | Resiko mencederai orang lain, diri sendiri & lingkungan  Gangguan persepsi sensori (Halusinasi)  Menarik diri  Koping individu tidak efektif | Gangguan Persepsi Sensori:  Halusinasi | **AMS** |

* 1. **Rencana Tindakan Keperawatan**

Nama Pasien: Ny. S Nama Mahasiswa: Amanda Mela S

Bangsal/Tempat: Flamboyan NIM: 2130130

**Tabel 3.2 Rencana tindakan keperawatan**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tgl** | **Diagnosa keperawa-tan** | **Perencanaan** | | | **Rasional** |
| **Tujuan** | **Kriteria evaluasi** | **Tindakan Keperawatan** |
| 13 Des  2021 | Gangguan persepsi sensori :Halusinasi | 1) Kognitif, klien mampu:  a. menyebutkan penyebab halusinasi  b. menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan: jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi dan respon  c. menyebutkan aktibat yang timbul dari halusinasi  d. menyebutkan cara yang selam aini digunakan untuk mengendalukan halusinasi  e. menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat  2) Psikomotor, klien mampu:  a. melawan halusinasi dengan menghardik  b. mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek  c. mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu bercakap-cakap dan melakukan aktivitas  d. minum obat dengan prinsip 8 benar, yaitu benar nama, benar obat, benar manfaat, benar dosis, benar frekuensi, benar cara, benar tanggal kadaluarsa, dan benar dokumentasi  3) Afektif:  a. merasakan manfaat cara-caraa mengatasi halusinasi  b. membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan | Pasien  Dapat  membina hubungan  saling percaya,  &menjelaskan jenis,isi,waktu,  frekuensi,durasi, dan respon  saat  halusinasi muncul | **SP 1**  1.Mengidentifikasi jenis,isi,waktu,  frekuensi,durasu,  situasi, dan respon pasien  2. mengidentifikasi situasi halusinasi  3. Mengajarkan cara menghardik halusinasi  4.Mengajarkan pasien  cara memasukkan menghardik kedalam  jadwal harian | 1. Memungkinkan klien untuk menghindari faktor pencetus halusinasi  2. Upaya untuk memutus siklus halusinasi sehingga halusinasi tidak berlanjut  3. Mengevaluasi untuk kegiatan pasien |
|  |  | Pasien  dapat mempraktikkan cara-cara mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap | **SP 2**  1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian  2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap  3. Mengajarkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian | 1. Upaya untuk memberikan cara mengontrol halusinasi setelah menghardik  2. Membuat pasien lebih mengenal sekitarnya dengan cara bercakap-cakap |
|  |  | Pasien  dapat memperagakan cara  untuk menghilangkan halusinasi dengan cara menghardik dan bercakap-cakap. Serta memasukkan kedalam jadwal harian  Pasien mempraktikkan cara minum obat dan mencatat semua kejadwal kegiatan harian | **SP 3**  1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 & SP 2)  2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan yang terjadwal  **SP 4**  1. mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 – SP 3)  2. Memberikan pendidikan kesehatan terkait penggunaan obat-obatan secara teratur  3. Memasukkan dalam jadwal kegiatan harian | 1. Membuat pasien untuk terbiasa mengontrol halusinasinya  2. Melatih pasien uuntuk menghardik dan bercakap-cakap untuk mengontrol halusinasinya  1. Memberikan edukasi tentang minnum obat untuk pengetahuan pasien tentang pentingnya obat dan tata cara mium obat yang benar |
|  |  |  |  |  |

* 1. **Implementasi Dan Catatan Perkembangan**

**Tabel 3.3 Implementasi dan catatan perkembangan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tgl | Dx Kep | Implementasi | Evaluasi | T.T |
| 13/12/  2021  14/12/  2021  15/12/  2021  16/12/  2021 | Halusinasi  Halusinasi  Halusinasi  Halusinasi | SP 1:  13.30  1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien  13.40  2. Mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi dan respon pasien  14.10  3. mengajarkan pasien mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik, yaitu dengan cara menutup telinga sambil berjalan-jalan sambil mengucapkan “Pergi sana!! Kamu tidak nayata!! Kamu palsu!  SP 1:  09.00  1. membina hubungan saling percaya dengan pasien  09.10  2. Mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi dan respon pasien  09.30  3. Membantu mengulangi cara mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasinya, yaitu dengan menutup telinganya sambil berjalan-jalan sambil mengucapkan “Pergi kamu! Kamu tidak nyata!” dapat diulangi jika halusinasi muncul  SP 2:  08.10  1. mengevaluasi SP 1 (yaitu mengevaluasi cara menghardik halusinasi)  08.40  2. Membantu pasien untuk mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan teman sekamarnya  SP 2:  17.10  1. Mengevaluasi SP sebelumnya (yaitu, cara menghardik dengan benar)  17.15  2. Mengulangi kepada pasien cara untuk mengontrol halusinasi dengan cara berakap-cakap dengan ornag lain/teman sekamarnya | S:  1. Pasien mengatakan “nama saya Bu S, dipanggil ibu S saja”  2. pasien mengatakan “mendengar suara bisikan, yaitu “ S melarat, S ga due duek, suara itu sering muncul ketika syaa sendirian, saat suara itu muncul saya diam saja  3. pasien mengatakan “saya kadang lupa mbak cara menghardik, mangkanya saya sering diem saja saat suara itu muncul  O:  - pasien bicara ngelantur  - Pasien berbicara tidak nyambung  - pasien gelisah  - pasien bisa mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi,dan respon halusinasi  - pasien masih belum paham/suka lupa cara menghardik  A: SP 1 teratasi sebagian  P: Pertahankan SP 1  S:  - pasien mengatakan “saya masih ingat namanya mbak, nama nya mbak mela kan?”  - pasien mengatakan “mendengar suara bisikan, yaitu “ S melarat, S ga due duek, suara itu sering muncul ketika saya sendirian, saat suara itu muncul saya sudah mulai menutup telinga sambil bilang kamu tidak nyata, tapi suara itu tetap muncul”  - pasien mengatakan “saya sudah tau mbak cara melawan yaitu dengan menutup telinga sambil saya mondar-mandir dan bilang kamu tidak nyata! Pergi kamu!! “  O:  - Pasien berbicara cepat  - pasien sudah bisa mengulangi dan mempraktikkan cara menghardik halusinasi  A: SP 1 teratasi  P: pertahankan SP 1 dan lanjutkan SP 2  S:  - pasien mengatakan “saya sudah tau carauntuk mengahrdik halusinasi mbak, saya sudah mempraktikkannya”  - pasien mengatakan “saya masih mendengarkan suara-suara tersebut tetapi tidak sesering kemarin-kemarin”  - pasien mengatakan “saya itu gak ada yg kenal sama teman sekamar saya, mangkanya saya tidak pernah bercakap-cakap dengan teman sekamar”  O:  - Pasien sudah dapat mempraktikkan dengan benar cara mengahardik  - terkadang berbicara ngelantur  - pasien masih belum mau untuk bercakap-cakap dengan teman sekamarnya  - pasien sering mondar-mandir dan gelisah  A: SP 2 belum teratasi  P: pertahankan SP 2  S:  - Pasien mengatakan “iya mbak, setiap suara itu muncul saya selalu mempraktikkan dengan menutup telinga dan mengucapkan suara itu tidak nyata! Pergi kamu!”  - pasien mengatakan “baik mbak, saya akan mengajak teman satu kamar saya mengobrol jika suara tersebut muncul”  O:  - kontak mata kurang  - gelisah  - pasien sudah mau untuk bercakap-cakap dengan orang lain  A: SP 2 teratasi sebagian  P: pertahankan SP 2 |  |

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien Ny. S dengan masalah utama gangguan halusinasi pendengaran di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, yang meliputi pengkajian keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

* 1. **Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Selama pengkajian, perawat harus mendengarkan, memperhatikan, dan mendokumentasikan semua informasi, baik melalui wawancara maupun observasi yang diberikan oleh pasien tentang halusinasi pendengarannya. Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah melaksanakan bina hubungan saling percaya dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan pelaksanakan asuhan keperawatan dengan pengumpulan data dengan cara wawancara.

Menurut data yang didapat klien masuk rumah sakit pada tanggal 2 desember 2021 di rawat diruang flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Dengan masalah utama gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis skizofrenia. Pasien sering sekali keluar masuk rumah sakit dikarenakan pasien jarang kontrol dan tidak rutin mengkonsumsi obat dengan teratur. Pada saat diruangan pasien tampak suka menyendiri, mondar-mandir disekitaran ruangan.

Data dari hasil pengkajian didapatkan bahwa Ny. E berusia 50 tahun. Menunjang teori yang dikemukakan oleh (Wijayanti & Puspitosari, 2014), pasien dengan skizofrenia pada usia dewasa (<18 tahun) lebih banyak dari pada usia remaja dan anak-anak, dikarenakan pada usia dewasa termasuk dalam usia produktif, dimana salah satu penyebab skizofrenia ini adalah stress, stress yang dipicu oleh berbagai urusan dan masalah yang dialami oleh pasien, mulai dari masalah keluargam rekan kerja, pekerjaan, dan bahkan ekonomi.

Pada pengkajian didapatkan Ny. S berjenis kelamin perempuan. Namun Menurut penelitian oleh (Cardoso,. c. s., Caiaffa, W. T., Bandeira, M. & Siqueira, A. L., 2005) , yang menyimpulkan bahwa laki-laki beresiko 2,48% untuk menderita skizofrenia dibandingkan perempuan. Perempuan lebih sedikit beresiko menderita gangguan jiwa dibandingkan laki-laki karena perempuan lebih bisa menerima situasi kehidupan dibandingkan dengan laki-laki. Alasannya karena laki-laki lebih memilih tertutup ketika terjadi massalah dibandingkan dengan perempuan, perempuan cenderung memilih sharing ketika terjadi masalah. Laki-laki memandang bahwa masalah merupakan suatu kesalahan yang memalukan. Itu membuatnya berperang sendiri dan enggan mencari pertolongan dan menutup diri dari lingkungan. Maka, tidak heran jika laki-laki kerap berakhir dirumah sakit jiwa (Santosa, 2015)

Menurut data dari pengkajian, Ny. S tidak memiliki pekerjaan. Sehingga sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh (Wijayanti & Puspitosari, 2014) , bahwa seseorang yang tidak bekerja mempunyai kemungkinan lebih besar untuk mengalami skizofrenia dibandingkan orang yang bekerja. Orang yang tidak bekerja akan lebih mudah streess, hal ini berhubungan dengan tingginya kadr hormon stress (kadar katelokamin) dan mengakibatkan rasa ketidakberdayaan, berbeda dengan orang yang bekerja karna orang yang bekerja memiliki rasa optimis terhadap masa depan dan lebih semangat hidup yang besar dibandingkan orang tidak berkerja.

Pendidikan terakhir yang pernah ditempuh oleh Ny S adalah SMP. Berdasarkan penelitian (Yanuar, 2011), proporsi pada penderita gangguan jiwa mayoritas adalah berpendidikan rendah sebesar 73%. Tingkat pendidikan formal seseorang dapat mempengaruhi cara seseorang dalam menerima informasi, mengelola informasi dan memngambil keputusan. Pada kelompok orang yg memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi ditemukan lebih sering menggunakan layanan kesehatan dibangingkan dengan tingkat pendidikan yang rendah. Pendidikan merupakan salah satu sumber penerapan koping yang daat digunakan untuk mencegah peningkatan masalah kejiwaan dan mempercepat waktu pemulihan. Maka dari itu orang yang memiliki pendidikan yang tinggi akan mampu menerapkan mekanisme koping lebih baik dalam upaya pencegahan kekambuhan pada pasien dengan gangguan jiwa (Stuart, G.W & Laraia, 2013)

Data pengkajian yang didapatkan pada pasien Ny. S yaitu dengan keluhan utama mendengar suara-suara yang menghina pasien. Pasien mulai berbicara sendiri, gelisah, gelisah, ketakutan dan tertawa sendiri. Pada dasarnya antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan yaitu tanda dan gejala pasien dengan halusinasi pendengaran menurut (Ma’rifatul, 2016) seperti menyeringai atau tertawa yang tidak sesuai, gerakan mata cepat, diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasyikkan, terlihat bicara sendiri , gelisah, ketakutan, dan ansietas

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

Pada diagnosa keperawatan pada isolasi sosial dari tinjauan pustaka dan tinjauan kasus sebagai berikut:

Pada tinjauan pustaka:

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

Pada tinjauan kasus:

1. Harga diri kronis

2. Gangguan interaksi sosial

3. Gangguan komunikasi verbal

4. Gangguan persepsi sensori

5. Defisit perawatan diri

6. Gangguan proses piker (Waham)

7. Defisit pengetahuan

8. Koping tidak efektif

9. Regimen terapeutik inefektif

Penulis mengambil 1 masalah utama yang ditetapkan untuk dilakukan tindakan dan intervensi keperawatan yaitu gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.

* 1. **Perencanaan Keperawatan**

Pada perencanaan yang diberikan kepada pasien hanya berfokus pada masalah utamanya, yaitu Halusinasi pendengaran yang mengacu pada strategi pelaksaan tindakan keperawatan (SPTK) . Pada tinjauan teori terdapat empat strategi pelaksaan tindakan keperawatan.

SP 1 yaitu pasien bisa membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, dan respon halusinasinya, mengajarkan klien cara menghardik halusinasi, memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian. SP 2 yaitu mengajarkan atau melatih klien dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. SP 3 yaitu melatih klien mengendalikan halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan harian yang sudah terjadwal. SP 4 yaitu memberikan pendidikan kesehatan mengenai penggunaan obat secara teratur dan benar, serta membantu memasukkannya kedalam jadwal harian.

* 1. **Pelaksanaan Keperawatan**

Pelaksanaan adalah perwujudan dari perencanaan yang telah dibuat / disusun. Pada situasi nyata, implementasi sering kali jauh berbeda dengan rencana. Hal itu terjadi kara perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis. Hal itu sangat membahayakan pasien dan perawat jika tindakan dapat berakibat fatal dan juga tidak memenuhi aspek legal. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh pasien saat ini.

Pada tanggal 13 desember 2021 dilakukan SP 1 yang mana pada tinjauan teori dan tinjauan kasus mencakup Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi apa itu halusinasi, isi halusinasi, jenis halusinasi, waktu halusinasi, frekuensi halusinasi, situasi halusinasi, respon halusinasi, serta mengajarkan pasien untuk menghardik halusinasinya dan dimasukkan kedalam jadwal harian. Dalam pertemuan pertama pasien mau menyebutkan nama, asal, suara-suara yang muncul, suara-suara itu muncul ketika pasien sedang sendirian, saat suara itu muncul pasien hanya terdiam. Pada pelaksanaan SP 1 pasien tidak ada hambatan yang terjadi saat hasil wawancara respon pasien secara verbal dari mulai perkenalan pasien mengatakan “ pagi mbak, nama saya Ny. S biasa dipanggil S”, kemudian oleh penulis ditanyakan tentang halusinasi pasien, pasien menjawab “ mendengar suara Saropah Melarat”. Lalu pasien hanya diam saja belum mempraktikkan menghardik. Untuk asumsi penulis pasien belum mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan pasien kooperatif, selanjutnya ulangi cara untuk mengahrdik halusinasinya dan menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan.

Pada tanggal 14 desember 2021masih mengulangi SP 1, dimana SP 1 menurut tinjauan teori dan kasus mencakup Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi apa itu halusinasi, isi halusinasi, jenis halusinasi, waktu halusinasi, frekuensi halusinasi, situasi halusinasi, respon halusinasi, serta mengajarkan pasien untuk menghardik halusinasinya dan dimasukkan kedalam jadwal harian. Dalam pertemuan kedua pasien menyebutkan nama, asal, suara-suara yang muncul, suara-suara itu muncul ketika pasien sedang sendirian, saat suara itu muncul pasien hanya terdiam. Pada pelaksanaan SP 1 pasien tidak ada hambatan pasien sudah mulai bisa untuk menghardik. Kemudian oleh penulis ditanyakan tentang halusinasi pasien, pasien menjawab “ mendengar suara Saropah Melarat”, lalu pasien menjawab “Pergi kamu!! Kamu tidak nayata!!”. Untuk asumsi penulis pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan pasien kooperatif, selanjutnya menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan.

Pada tanggal 15 desember 2021 dilakukan SP 2 dimana SP 2 menurut tinjauan teori dan kasus mencakup mengevaluasi pelaksanaan di jadwal harian, melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, serta menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian, dan dialam pelaksaan/implementasi ini pasien belum bisa untuk bercakap-cakap dengan teman sekamar jika suara halusinasi itu muncul, beliau masih tetap suka menyendiri dan mondar-mandir dikamar. Secara subjektif pasien bilang “saya gak kenal orang- orang didalam kamar, mending saya sendiri saja” Secara objektif pasien dapat menyebutkan cara pertama mengontrol halusinasi (menghardik) dan cara mempraktekkannya, tetapi masih belum mau mempraktiikkan cara mengontrol halusinasi yang kedua (bercakap-cakap). Untuk asumsi

penulis, pasien mampu mempraktekkan cara menghardik tetapi belum mampu mempraktekkan cara bercakap-cakap dengan temannya.

Pada tanggal 16 desember 2021 dilakukan SP 2 dimana SP 2 menurut tinjauan teori dan kasus mencakup mengevaluasi pelaksanaan di jadwal harian, melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, serta menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian, dan dialam pelaksaan/implementasi ini pasien belum bisa untuk bercakap-cakap dengan teman sekamar jika suara halusinasi itu muncul. Secara subjektif Pasien mengatakan “saya sudah mulai ngobrol dengan 1 teman saya dikamar, tapi massih jarang-jarang mbak” dan secara objektif pasien masih suka mondar-mandir didalam kamar serta masih suka menyendiri. Untuk asumsi penulis, pasien mampu mempraktekkan dari mulai cara menghardik sampai dengan cara bercakap-cakap dengan temannya.

* 1. **Evaluasi Keperawatan**

Pada tinjauan pustaka 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 pustaka berfokus pada perubahan perilaku pasien detelah dilakukan tindakan keperawatan, sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi tersebut menggunakan SOAP sehingga terpantau respon pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan.

Pada waktu dilakukan evaluasi, penulis melakukan SP 1 pada tanggal 13 Desember 2021 pasien masih belum mampu melaksanakan SP 1 yaitu: Pasien belum mampu membina hubungan saling percaya, dan mengahardik halusinasinya, sehingga pada pertemuan ke dua pasien masih melanjutkan strategi pelaksanaan satu. Pada tanggal 14 Desember pasien sudah mampu melaksanakan SP 1 yaitu: Pasien mampu membina hubungan saling percaya pada perawat, pasien mampu menghardik halusinasinya tetapi masih jarang-jarang melakukannya, sehingga pada pertemuan selanjutnya pasien akan mengulangi cara menghardik dan melanjutkan strategi pelaksanaan kedua. Pada tanggal 15 Desember 2021 pasien masih belum dapat melaksanakan SP 2, yaitu pasien tidak dapat bercakap-cakap dengan orang lain/temannya, sehingga pada pertemuan selanjutnya pasien masih melanjutkan strategi pelaksanaan . Pada tanggal 16 Desember 2021 pasien masih belum bisa untuk bercakap-cakap dengan orang lain, masih suka menyendiri. Sehingga dari hasil evaluasi pasien Ny. S di ruang Flamboyan pada tanggal 13-16 Desember2021 pasien sudah mencapai SP 3.

**BAB 5**

**PENUTUP**

Setelah peneliti melakukan pengamatan dan melakukan asuhan keperawatan jiwa secara langsung pada pasien dengan diagnosa medis Skizofrenia dengan masalah utama Halusinasi Pendengaran di ruang flamboyant RSJ Menur Provinsi Jawa Timur, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan suatu asuhan keperawatanjiwa pada pasiendengan Halusinasi Pendengaran.

* 1. **Kesimpulan**

Dari hasil uraian tentang asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan Halusinasi Pendengaran, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pada pengkajian keperawatan jiwa masalah utama halusinasi pendengaran pada Ny. S dengan diagnose medis Skizofrenia didapatkan pasien sering berbicara sendiri dan mendengarkan suara-suara.
2. Pada penegakkan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama halusinasi pendengaran pada Ny. S dengan diagnosa medis Skizofrenia didapatkan tiga masalah aktual (1) , Menarik diri, (2) Gangguan persepsi sensori : Halusinasi , (3) Resiko mencederai diri sendiri, halusinasi, orang lain dan lingkungan
3. Rencana tindakan yang dilakukan pasien halusinassi pendengaran adalah pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengidentifikasi halusinasinya, pasien dapat menghardik.
4. Evaluasi, klien mampu mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respon halusinasinya, dan klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik serta bercakap-cakap dengan orang lain meskipun itu masih jarang dilakukan
5. Dilakukan pendokumentasian dengan SPTK yang telah dibuat dan direncanakan untuk mengatasi maslah halusinasi pendengaran paa pasien Ny. S, yang dilaksanakan pada tanggal 14 Desember-16 Desember 2021.
   1. **Saran**
6. Bagi Mahasiswa

Hendaknya mahasiswa/i dapat melakukan askep sesuai dengan tahapan- tahapan dari Standar Operasional Prosedur (SOP) dengan baik dan benar yang diperoleh selama masa pendidikan baik di akademik maupun dilapangan praktek.

1. Bagi Pasien

Diharapkan pasien dapat menerapkan terapi yang telah diberikan baik secara medik maupun terapi keperawatan yang telah diajarkan demi percepatan penyembuhan penyakit dengan masalah gangguan jiwa.

1. Bagi Perawat

Diharapkan dapat menerapkan komunikasi terapeutik dalam pelaksanaan strategi pertemuan 1-4 pada klien dengan halusinasi pendengaran sehingga dapat mempercepat proses pemulihan klien.

1. Bagi Keluarga

Agar keluarga selalu memberikan motivasi kepada klien dan juga perawatan halusinasi pendengaran selama dirumah.

1. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat meningkatkan bimbingan klinik kepada mahasiswa profesi ners sehingga mahasiswa semakin mampu dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien- pasien yang mengalami gangguan jiwa, khususnya halusinasi pendengaran.

**DAFTAR PUSTAKA**

ah. yusuf, Rizky fitryasari PK, dan H. N. (2015). *buku ajar keperawatan jiwa*. Salemba Medika.

Anjaswani, T. (2016). *Komunikasi dalam Keperawatan: Modul Bahan. Ajar Keperawatan*. Kementrian Kesehatan RI.

Azizah, lilik ma’rifatul, D. (2016). *buku ajar keperawatan kesehatan jiwa*. indomedia pustaka.

Cardoso,. c. s., Caiaffa, W. T., Bandeira, M. & Siqueira, A. L. (2005). *Factors associated with low quality of life in schizophrenia*.

damayanti, M., & I. (n.d.). *asuhan keperawatan jiwa*. refika aditama.

Elin, Y. (2011). *Iso farmakoterapi 2*.

erlina, S., & Dibyo, P. (2010). *determinan terhadap timbulnya skizofrenia pada pasien rawat jalan di rumah sakit jiwa prof. HB saanin padang sumatra barat*.

Fitriani, A. (2018). *psikoterapi suportif pada penderita skizofrenia hebefrenik*.

Keliat, B. A. (2019). *asuhan keperawatan jiwa*. Penerbit buku kedokteran EGC.

Kristina. (2019). *asuhan keperawatan jiwa pada Tn Y dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran di ruang kuantan rumah sakit jiwa tampann provinsi riau*.

Ma’rifatul. (2016). Konsep Dasar Halusinasi. *Nuevos Sistemas de Comunicación e Información*, 2013–2015.

Ri, K. (2013). *riset kesehatan dasar; RISKERDES*.

RISKESDAS. (2018). *Riset kesehatan dasar, badan penelitian kesehatan nasiona*.

Santosa, L. W. (2015). *LAKI LAKI BERESIKO ALAMI GEJALA SKIZOFRENIA LEBIH DINI*. https://www.antaranews.com/berita/520522/laki-laki-beresikoalami-gejala-skizofrenia-lebih-dini

Sarfika, R. (2018). *buku ajar keperawatan dasar; komunikasi terapeutik dalam keperawatan*.

stuart, G. W., Keliat, B. A., & Pasaribu, J. (2016). *prinsip dan praktik keperawatan kesehatan jiwwa stuart*.

Stuart, G.W & Laraia, M. T. (2013). *principles and practice of psychiatric nursing*.

Stuart, G. W. (2006). *Buku saku keperawatan jiwa (kelima)*. buku kedokteran EGC.

suryenti, vevi, D. (2017). *pengaruh terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi halusinasi terhadap kemampuan mengontrol halusinasi pada pasien skizofrenia diruang rawat inap arjuna rumah sakit jiwa daerah provinsi jambi*.

Trimelia. (2011). *asuhan keperawatan klien halusinasi*. TIM.

tumanggor, roxsana dvi. (2018). *tumanggor, roxsana dvi*. Salemba Medika.

WHO. (2019). *definition of scizophrenia*.

Wijayanti, A., & Puspitosari, W. A. (2014). Hubungan Onset Usia dengan Kualitas Hidup Penderita Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan II Bantul Yogyakarta. *Mutiara Medika*, *14*(1), 39–45. http://journal.umy.ac.id/index.php/mm/article/view/2469/2449

Yanuar, R. (2011). *analisis faktor yang berhubungan dengan kejadian gangguan jiwa di desa paringan kecamatan jenangan kabupaten*.

Yosep, I. (2010). *keperawatan jiwa*. pt refika aditama.

**Lampiran 1**

**CURICULUM VITAE**

Nama : Amanda Mela Sabrina

NIM : 2130130

Tempat/ Tgl Lahir : Surabaya, 26 Februari 1999

Agama : Islam

Alamat : JL Bratang Gede V no 45A

Emai : [amandamela3@gmail.com](mailto:amandamela3@gmail.com)

Riwayat Pendidikan :

1. TK Aisyah Surabaya Lulus tahun 2005
2. SDN Baratajaya Surabaya Lulus tahun 2011
3. MTsN 1 Surabaya Lulus tahun 2014
4. SMA 17 Agustus 1945 Surabaya Tamat tahun 2017
5. S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya Tamat tahun 2021

**Lampiran 2**

**MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

**MOTTO**

**“Jadilah seorang wanita dengan pikiran, seorang wanita dengan sikap, dan seorang wanita dengan kelas”**

**PERSEMBAHAN**

Karya ini saya persembahkan kepada :

1. Allah SWT, yang telah memberikan nikmat kesehatan, kelancaran serta keberkahan dalam setiap langkah-angkah dalam proses pengerjaan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Kedua orang tua saya Alm. Happy Maduratna dan Almh. Sri Wahyuningsih yang sudah bahagia disurga. Terimakasih atas didikannya dan kasih sayangnya yang tidak terhingga sehingga membuat saya menjadi seperti ini. Terimakasih sudah menjadi orang tua yang sangat-sangat hebat. Salam rindu dari anak wanitamu satu-satunya.
3. Sahabatku Elfania, Myra, Erza, Fifi, dan Septi yang selalu ada untuk saya, mendukung, memberikan support, memberikan waktu, dan memberikan energi positif kepada saya. Terimakasih. You are the best ever.
4. Partner Arema saya Tania Andini, yang tetap setia berteman dari SD-sekarang dan setia menjadi partner arema di era gempuran persebaya. I love you. Salam Satu Jiwa.
5. Para orang baik yang di sekitar saya, saya berterima kasih support nya. Semoga Allah selalu melindungi dan meridhoi kalian dimanapun kalian berada. Aamiin Ya Robbal’Alaamin.

**Lampiran 3**

**STRATEGI PELAKSANAA TINDAKAN KEPERAWATAN HALUSINASI**

**(Senin, 13 Desember 2021)**

SP 1

1. Proses keperawatan
2. Kondisi klien

Klien tampak seperti terburu-buru, klien dapat menjawab semua pertanyaan

1. Diagnosa keperawatan

Gangguan persepsi sensori : Halusinasi

1. Tujuan
2. Membantu klien mengenal halusinasinya
3. Mengajarkan klien mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik halusinasinya
4. Membantu klien dapat meminum obat dengan baik
5. Tindakan keperawatan
6. Bantu klien mengenal halusinasinya yang meliputi isi, waktu terjadi, frekuensi, situasi, pencetus dan perasaan saat terjadi halusinasinya
7. Latih klien untuk mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

Tahapan tindakan yang dapat dilakukan, sebagai berikut:

1. Jelaskan cara menghardik halusinasi
2. Peragakan cara menghardik halusinasi
3. Minta klien untuk memepragakan ulang
4. Pantau penerapan cara ini dan beri pennguat pada perilaku klien yang sesuai
5. Masukkan kedalam jadwal kegiatan harian klien
6. Strategi komunikasi dalam pelaksaan tindakan keperawatan (Senin 13 Desember)
7. Orientasi
8. Salam terapeutik : “Assalammualaikum, selamat siang Bu. Perkenalkan saya perawat Mela yang berdinas pada siang hari ini. Kalau boleh yau nama ibu siapa? Senangnya dipanggil siapa bu? Bagaimana perasaan ibu hari ini? Bagaimana tidurnya tadi malam? Ada keluhan atau tidak?
9. Evaluasi/validasi : “Baik bu disini kita akan berbincang-bincang apakah ibu bersedia? Kalau boleh tau kenapa ibu bisa dibawa atau masuk kesini?”
10. Kontrak :

* Topik : “Ibu sekarang kita akan membahas tentang suara yang sering mengganggu dan bagaimana ibu bisa dirawat disini?”
* Waktu : “ibu ingin berapa lama kita membicarakan ini?”
* Tempat : “enaknya kita ngobrol dimana ibu?”

1. Kerja :

“apakah ibu mendengarkan suara tanpa ada wujudnya? Apa yang dikatakan suara itu? Apakah terus-menerus? Suara itu sering muncul atau hanya sewaktu-waktu? Kapan paling sering ibu mendengarkan suara itu? Pada keadaan apa suara itu muncul? Apa saat ibu sedang sendirian? Apa yang ibu rasakan pada saat mendengarkan suara itu? Apa yang ibu lakukan saat mendengar suara tersebut? Apakah dengan cara tersebut suara itu dapat hilang? Bagaimana kalau kita belajar cara untuk mencegah suara-suara itu supaya tidak muncul lagi?”

1. Terminasi
2. Evaluasi subjektif :

“Bagaimana perasaan ibu setelah menceritakan kepada saya?”

1. Evaluasi objektif :

“Tadi ibu sudah berkenalan dengan saya, apakah ibu masi ingat dengan nama saya?”

1. Rencana tindak lanjut :

“jika ibu mengalami kesulitan / ada sesuatu bisa memanggil saya ya….”

1. Kontrak

* Topik : “besok kita akan belajar cara mengontrol sesuatu yang mengganggu ibu”
* Waktu : “besok kita bertemu sore ya buu…”
* Tempat :” ibuu besok kita berbincang-bincang dimana?”

**(Selasa, 14 desember 2021)**

SP 1

1. Orientasi :
2. Salam terapeutik :

“Selamat pagi bu S, apakah masih ingat dengan saya?”

1. Evaluasi/validasi

“Ibu S, apakah masih ada gangguan suara-suara yang mengganggu? Bagaimana perasaan ibu hari ini?

1. Kontrak

* Topik : “kemarin kita sudah janjian untuk membahas bagaimana cara untuk mengontrol halusinasi dengan cara menghardik?”
* Waktu : “Ibu S kita akan berbincang-bincang sekitar 10-15 menit, apakah ibu bersedia?”
* Tempat : “bagaimana kalau disini saja kita berbincang-bincang / mau pindah ditempat lain?”

1. Kerja :

“Ibu… jika mendengar suara-suara seperti yang ibu sebutkan tadi, ibu bisa menghindarinya/mengahlihkan atau dapat mengontrolnya dengan cara menghardik, dengan bilang “pergi kamu!! Kamu tidak nyata!!! Suaara kamu palsu!! Pergi kamu!!”. Begitu yaaa buu.. dan dilakukan berulang-ulang samapai suara itu pergi. Coba ibu peragakan yaaa… nah bagus seperti itu. Jika ibu mendengar suara-suara peragakan seperti itu”

1. Terminasi
2. Evaluasi subjektif

“bagaimana perasaan ibu setelah mengetahui cara untuk mengontrol halusinasai?”

1. Evaluasi objektif

“tadi kita sudah bahas bagaimana mengontrol halusinasi, apakah ibu masih ingat?”

1. Rencana tindak lanjut

“Jika suara itu muncul, ibu bisa mempraktekkan cara yang sudah saya ajarkan tadi yaa”

1. Kontrak

* Topik : “baiklah bu, besok kita akan bertemu lagi untuk mengontrol halusinasi berikutnya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain”

**(Rabu, 15 desember 2021)**

SP 2

1. Orientasi
2. Salam Terapeutik

Selamat sore ibu S , apakah masih ingat dengan saya ?

1. Evaluasi /Validasi

Apakah masih mendengar suara?, Bagaiamana perasaan ibu hari ini ?

1. Kontak

Topik : Sesuai perjanjian kita kemarin , hari ini kita akan membahas bagaimana cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap cakap dengan orang lain

Waktu : Ibu, S , kita akan berbincang bincang lebih 10-15 menit apakah ibu bersedia?

Tempat : kita ngobrol ngobrol dimana ? disini saja kah ?

1. Kerja :

Ibu S , cara yang selanjutnbya untuk mencegah atau mengontrol halusinasi yaitu dengan cara bercakap cakap dengan orang lain jadi ibu S mendengar suara suara maka langsung saya ajak teman untuk bercakap cakap , coba ibu S lakukan apa yang sudah saya latih , baik seperti itu ya bu.

1. Terminasi
2. Evaluasi: Subjektifnya

Bagaimana perasaan ibu S setelah latihan hari ini ?

1. Evaluasi: Objektif

Coba ibu S ulangi lagi apa yang sudah kita bicarakan jadi ada berapa cara untuk mengontrol halusinasi ? baik, benar bu

1. Rencana tindak lanjut

Bagaimana kalau kita masukkan dalam jadwal harian bu ingin pukul berapa latihan bercakap cakap ? nanti kita lakukan secara teratur jika sewaktu waktu suara itu muncul .

1. Kontrak

Topik : Bagaimana pertemuan selanjutnya kita belajar cara yang ke 3 yaitu melakukan aktivitas terjadwal

Waktu : mau pukul berapa berapa , besok kita berbincang bincang bu ?

Tempat : ibu mau dimana untuk berbincang bincang ? disini lagi atau bagaimana ?

**(Kamis, 16 desember 2021)**

SP 3

1. Orientasi
2. Salam terapeutik

Selamat sore ibu… bagaimana kabarnya hari ini ? bagaimana perasaannya hari ini ? kemarin malam bisa tidur ?

1. Evaluasi

Apkah ibu masih mendengar suara ?

1. Kontrak

- Topik : sesuai janjian kemarin , hari ini kita masih membahas bagaimana cara mengontrol halusinasi dengan bercakap cakap dengan orang lain?

- Waktu : ibu ….. kita akan berbincang bincang kuran lebih 10-15 menit , apakah ibu bersedia ?

- Tempat : kita ngobrol ngbrool disini atau mau pindah tempat ?

1. Kerja

Ibu cara selanjutnya kita masih mangulangi keying kemarin ya ,yaitu dengan cara bercakap cakap dengan orang lain sekamar ibu, jadi ketika ibu mendengar suara suara ibu langsung mengajak ngobrol teman sekamar ibu.

1. Terminasi

- Evaluasi Subjketif

Bagaimana perasaan setelah latian hari ini ?

- Evaluasi Objektif

Coba ibu ulangi bagi apa yang kita bicarakan jadi ada berapa cara mengontrol halusinasi ? baik benar

- Rencana tindak lanjut

Bagaiaman

Baiamana kalau kita masukkan dalam jadwal harian , lalu besok kita bertemu lagi , ingin pukul berapa? Kita lakukan secara teratur ya…

* kontrak

Topik : bagaiaman pertemuan selanjutnya kita beljar cara ini lagi

Waktu : mau pukul berapa besok kita berbincang ?

Tempat : ibu S mau dimana untuk berbincang ?

**(Jumat, 17 desember 2021)**

1. Orientasi
2. Salam terapeutik

Selamat pagii bu…. Gimana tidurnya kemarin malam ? apkah nyenyak ?

Masih ingat saya bu ?

1. Evaluasi

* Apakah ibu masih mendengar suara ? ketika suara itu muncul apakah ibu sudah mempraktikan yang kemarin saya ajarkan ?

1. Kontrak

* Topik : baik, kita hari ini masih belajar cara mengontrol halusinasi ibu dengan cara berckap cakap dengan orang lain
* Waktu : waktunya berbincang 1- 15 mnit ya , apkah ibu bersedia?
* Tempat : ibu tempatnya mau dimana ? baiklah disana ya….

1. Kerja

Bu…… saya jelaskan lagi ya … cara untuk mengontrol halusinasi yaitu dengan cara bercakap cakap dengan orang lain jadi ketika suara itu muncul ibu segera mencari teman untuk bercakap cakap , paham itu ? coba praktikan

1. Terminasi

* Evaluasi : Subjektif

Bagaiamana perasaannya , setelah latihan ?

* Evaluasi : Objektif

“coba ibu ulangi sekali lagi aapa yang sudah kita pelajari hari ini”

- Rencana tindak lanjut

“Bagaimana kalau kita masukkan ke dalam jadwal kegiatan hariann “

**Lampiran 4**

**FORMAT**

**ANALISIS PROSES INTERAKSI (API)**

Inisaial klien : Ny. S Nama mahasiswa : Amanda Mela Sabrina

Lingkungan : Tenang, posisi duduk berhadapan Tanggal : 13 Desember 2021

Deskripsi klien : Klien terlihat rapi dan bersih Jam : 13,00 WIB

Tujuan (berorientasi klien) : Diharapkan psien dan perawat dapat membina hubungan saling percaya

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KOMUNIKASI VERBAL** | **KOMUNIKASI NON VERBAL** | **ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT** | **ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN** | **RASIONAL** |
| P: Selamat pagi bu  K: Selamat pagi | P: Tersenyum duduk didepan pasien  K: Menatap kearah perawat | Perawat memulai percakapan dengan sikap ramah | Klien nampak bersedia menjawab salam | Salam merupakan kalimat terbuka untuk memulai interaksi sehingga dapat membangun rasa saling  percaya |
| P: Perkenalkan nama saya Mela, mahasiswa Stikes Hangtuah, saya disini selama 1 minggu kalau boleh tau nama ibu siapa,sukanya dipanggil apa? | P:Mengulurkan tangan untuk bersalaman  K: Menjabat tangan perawat dan ada kontak mata | Perawat menjaga posisi duduk dengan terapeutik | Klien berespon positif dengan menyebut namanya | Perkenalan diharapkan dapat meningkatkan rasa saling percaya satu sama lain |
| K: Nama saya Saropah |  |  |  |  |
| P: Bagaimana perasaan ibu hari ini? Apa keluhannya? | P: Menatap pasien  K: Menjawab singkat | Merasa lega karena ibuih mendapat respon yg baik | Berbicara pelan | Menanyakan keadaan untuk membina hubungan baik |
| K: Baik-baik saja |  |  |  |  |
| P: Baiklah, bagaimana kalau kita berbicara tentang perasaan ibu saat ini | P: Terjadi kontak mata | Merasa senang karena klien ibuih berespon dengan baik | Bicara pelan |  |
| K: Iya | K: Menjawab pelan |  |  |  |
| P: Ibu mau mengobrol dimana dan berapa lama waktu yang kita butuhkan. Bagaimana kalau 15 menit?  K: Iya | P: Menatap klien  K: Menjawab singkat | Berharap dapat melanjutkan pembicaraan | Klien bersedia melanjutkan pembicaraan | Kontrak pertemuan sangat penting dilakukan untuk menilai ketersediaan dan kesiapan klien berinteraksi dengan perawat |
| P: Apa ibu sering mendengar suara tanda ada wujudnya? Apa yg dikatakan suara itu? | Melihat pasien dan menanyakan | Perawat senang karena pasien mau menjawab | Berespon dengan baik | Mengidentifikasi isi halusinasi |
| K: Iya, suara-suara yang bilang “Saropah melarat, saropah ga duwe duek” |  |  |  |  |
| P: Apakah terus menerus? Kapan yang paling sering dan dalam keadaan apa? | Melihat pasien dan menanyakan | Perawat senang karena pasien mau menjawab | Menjawab pelan | Mengidentifikasi frekuensi halusinasi |
| K: Terus menerus, pada saat sendirian |  |  |  |  |
| P: Apa yang ibu rasakan | Melihat pasien dan |  | Bingung |  |
| saat itu?  K: Bingung, takut | menanyakan |  |  |  |
| P: Apa yang ibu lakukan saat mendengar suara itu?  K: diam saja | Terdapat kontak mata | Bertanya dengan ramah | Menjawab singkat |  |
| P: Apa dengan cara tersebut suara akan hilang  K: Tidak | Antusias bertanya dan pasien menjawab singkat | Merasa senang karena pasien terbuka | Menjawab singkat |  |
| P: Bagaimana kalau kita belajar cara mencegah agar suara itu tidak muncul  K: Iya | Berhadapan dengan pasien | Meminta persetujuan pasien | Pasien mulai kooperatif |  |
| P: Begini ibu terdapat 4 cara yang pertama yaitu dengan cara menghardik suara tersebut,kedua bercakap-cakap dengan orang lain,ketiga melakukan kegiatan sesuai jadwal dan yang  ke empat rutin | Terjadi kontak mata antara perawat danpasien | Bicara menjelaskan dengan jelas | Klien menunduk dan mendengarkan | Diharapkan pasien mengerti cara mengatasi ibualah yang menimpanya |
| meminum obat  K: Oh |  |  |  |  |
| P: Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu yaitu menghardik misalnya saya tidak mau mendengar, pergi jangan ganggu saya, kamu suara palsu begitu diulang- ulang sampai suara itu tidak terdengar lagi.  Coba ibu peragakan  K: kamu palsu, selanjutnya saya luupa sus | Perawat memperagakan dan pasien memperhatikan | Memperagakan dengan jelas | Pasien kebingungan | Untuk mengajarkan agar lebih mengerti |
| P: tidak papa Bu perlahan kita belajarnya. Kalau ada suara itu muncul silahkan coba cara tersebut.besok kita belajar lagi untuk menghardik ya bu  K: Iya | Mampu bekerja sama dan terjadi kontak mata | Merasa senang | Pasien merasa lega |  |
| P: Apakah ibu bersedia berlatih kembali dengan cara | Saling berhadapan | Berharap pasien antusias | Pasien tampak tak fokus | Untuk mengurangi halusinasi agar tidak |
| menghardik halusinasinya?  K: (pasien tidak fokus dan bicara ngelantur) |  |  |  | terjadi lagi |
| P: Besok kita akan bertemu lagi untuk belajar cara mengontrol halusinasi? Ibu tidak keberatan kan  K: terserah | Membuat jadwal pertemuan | Membuat jadwal bersama pasien | Pasien berbicara ngelantur |  |
| P: Dimana besok kita akan mengobrol?  K: terserah | Menatap dan tersenyum |  | Pasien berbicara ngelantur |  |
| P: Besok ketemu jam berapa?  K: terserah | Memandang klien | Mengontrak waktu | Pasien berbicara ngelantur | Untuk melanjutkan intervensi |
| P: Baiklah sampai jumpa besok dengan teman saya, selamat siang  K: Iya,siang | Berjabat tangan dan tersenyum | Merasa senang | Kooperatif |  |

**ANALISIS PROSES INTERAKSI (API)**

**HALUSINASI PENDENGARAN**

Inisaial klien : Ny. S Nama mahasiswa : Amanda Mela Sabrina

Status interaksi perawat-klien : Pertemuan ke-2 (SP1) Tanggal : 14 Desember 2021

Lingkungan : Meja, kursi, berhadapan dengan pasien Jam : 18,00 WIB

Deskripsi klien : Penampilan kurang rapi, pasien berbicara sendiri Ruang : Flamboyan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KOMUNIKASI VERBAL** | **KOMUNIKASI NON VERBAL** | **ANALISA BERPUSAT PADA**  **PERAWAT** | **ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN** | **RASIONAL** |
| P: Assalamu’alaikum bu..  selamat pagi !  K: ya selamat pagi | P: Tersenyum, menatap klien, berjabat tangan dengan klien.  K: Tersenyum, menjabat tangan perawat | Perawat menyapa klien, perawat memposisikan diri terapeutik | Klien dapat menjawab salam dari perawat | Mengucapkan salam terapeutik untuk membina hubungan saling percaya |
| P: Bagaimana ibu ibuih dengan saya ? bagaimana perasaan ibu saat ini, apakah semalam bisa tidur  ?  K: Mbak Mela | P: Memandang klien sambil tersenyum  K: Ekpresi datar | Membuka percakapan dengan klien berharap klien ingat dengan perawat | Klien mengenal dan memahami pertanyaan dari perawat | Menanyakan kabar klien untuk evaluasi / validasi, klien mengenal perawat maka akan memudahkan proses interaksi |
| P: Baiklah. Sesuai dengan perjanjian kita kemarin ya bu, hari ini kita akan mengulangi cara menghardik halusinasi ya ? | P: Menatap klien dengan tersenyum  K: Menunduk sambil menganggukkan kepala | Perawat memberikan stimulus agar klien mampu menjawab dan berharap klien dapat mengerti dari pembicaraan perawat | Klien dapat menjawab pertanyaan perawat | Setiap interaksi harus berdasarkan kontrak yang telah dibuat dank lien slalu harus diingatkan pada kontrak yang telah disepakati untuk memudahkan serta mengarahkan proses interaksi. |
| K: ya mbak |  |  |  |  |
| P: Bagaimana kalo kita membicarakannya hal ini sekitar 15 menit, apa ibu bersedia ?  K: terserah mbaknya saja | P: Menunduk melihat waktu di jam tangan  K: garuk-garuk kepala | Perawat mempertahankan posisi terapeutik | Klien mampu menjawab pertanyaan dari perawat | Kontrak topic agar pembicaraan lebih terfokus |
| P: sesuai kontrak kemarin, kita akan berbicara di ruangan ini kan bu ?  K:iya mbak disini saja | P: Memandang klien sambil menunjuk ruangan  K: Menganggukan kepalanya | Perawat mengingatkan kontrak dengan klien | Klien mencoba mengingat kontrak yang sudah disepakati | Kontrak topic agar pembicaraan lebih terfokus |
| P: Jadi gini ya, jika suara-suara itu muncul ibu bisa menutup telinga sambil bilang saya tidak mau mendengar, pergi jangan ganggu saya, kamu suara palsu begitu diulang- ulang sampai suara itu tidak terdengar lagi.  Coba ibu peragakan  K: (Sambil menutup telinga) Kamu pergi!! Kamu tidak nyata, kamu tidak nyata!! Pergi kamu!! | P: Memegang tangan klien dan mempraktekkan menutup telinga sambil melihat respon klien  K: Menaruh dagunya ke tangan sambil melihat perawat | Berharap klien bisa merespon dengan baik  Perawat berusaha klien dapat memahami dan mempraktekkannya | Klien dapat memperagakannya | Untuk mengurangi halusinasinya  . |
| P: Bagus ibu, ibu sudah bisa mempraktekkannya. Kalau ada suara itu muncul silahkan coba cara tersebut sampai suara itu hilang.  K : baik sus | P: Tersenyum | Perawat senang karena klien mau memikirkan sudah mulai bisa menghardik | Klien mulai bisa mempraktekkannya | Perawat menunjukkan hubungan yang terbuka dengan pasien |
| P: Bagaimana perasaan ibu saat ini, setelah kita berlatih cara untuk mengontrol halusinasi ibu yang saya ajarkan tadi ?  K: Seneng sih mbak.. | P: Tersenyum , melihat respons klien  K: Tertawa sambil mengepalkan tangannya di dada | Perawat senang karena klien mengerti arahan dari perawat | Klien memberikan respon yang baik kepada perawat | Melakukan evaluasi subyektif untuk menilai perasaan klien setelah interaksi |
| P: Coba ibu lakukan sekali lagi yang saya ajarkan tadi | P: Menatap klien sambil memperhatikan klien  K: telinga ditutup dengan tangan sambil memperagakan | Perawat mencoba | Klien mulai memikirkan | Melakukan evaluasi |
| P: Ibu sekarang sudah mengerti ya, jadi ibu kalo mengalami kesulitan atau ada yang ingin ditanyakan bisa memanggil saya bu ?  K: iya mbak | P: Tersenyum , memandang klien  K: Menganggukan kepala | Perawat menunjukkan perhatian kepada klien | Klien menanggapai pertanyaan perawat | Perawat menunjukkan hubungan yang terbuka dengan klien.Dimana bahwa untuk mendapatkan data diperlukan pertanyaan  dan sikap terbuka. |
| P: Besok kita ketemu lagi ya, kita akan belajar cara mengontrol halusinasi dengan cara yang lain  K: iya sus | P: Bertanya dengan nada lembut, tetap tersenyum memandang | Perawat mencoba menawarkan kegiatan lainnya kepada klien | Klien memikirkan kegiatan yang ditawarkan dan kemampuan untuk | Melakukan kontrak topic , agar klien dapat mengira-ngira kapan |
| P: Baik, bagaimana besok kalo ketemu jam 08.00 dan ditempat ini lagi bu, apa setuju ?  K: Iya sus | P: Badan agak condong ke depan, sambil menatap klien  K: Menoleh ke atas sambil badan bersender di kursi | Perawat mencoba mengontrak kembali waktu kepada klien | Klien memberikan respon setuju dan tertarik pada tawaran perawat | Melakukan kontrak waktu dan tempat berikutnya dengan klien kapan bisa berinteraksi dengan perawat lagi |
| P: Oke bu, kalo begitu saya permisi dulu ya ! selamat pagi.. | P: Berdiri, tersenyum dan meninggalkan klien | Perawat meras senang karena klien merespon dengan baik | Klien merespon salam dari perawat | Salam terapeutik |
| K: Pagi… | K: Menjawab sambil  memainkan jemarinya |  |  |  |

**ANALISIS PROSES INTERAKSI (API)**

**HALUSINASI PENDENGARAN**

Inisaial klien : Ny. S Nama mahasiswa : Amanda Mela Sabrina

Status interaksi perawat-klien : Pertemuan ke-3 (SP 2) Tanggal : 15 Desember 2021

Lingkungan : Meja, kursi, berhadapan dengan pasien Jam : 08.00 WIB

Deskripsi klien : Penampilan kurang rapi, pasien berbicara sendiri Ruang : Flamboyan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KOMUNIKASI VERBAL** | **KOMUNIKASI NON VERBAL** | **ANALISA BERPUSAT PADA**  **PERAWAT** | **ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN** | **RASIONAL** |
| P: Assalamu’alaikum bu..  selamat pagi !  K: ya selamat pagi | P: Tersenyum, menatap klien, berjabat tangan dengan klien.  K: Tersenyum, menjabat tangan perawat | Perawat menyapa klien, perawat memposisikan diri terapeutik | Klien dapat menjawab salam dari perawat | Mengucapkan salam terapeutik untuk membina hubungan saling percaya |
| P: Ibu ibu ingat dengan saya? Bagaimana perasaan ibu saat ini.  Apakah ibu sudah melakukan apa yang saya ajarkan kemarin tentang menghardik saat halusinasi ibu muncul ? | P: Memandang klien sambil tersenyum  K: Ekpresi datar | Membuka percakapan dengan klien berharap klien ingat dengan perawat | Klien mengenal dan memahami pertanyaan dari perawat | Menanyakan apakah ibuih ingat dengan perawat untuk evaluasi  / validasi, klien mengenal perawat maka akan memudahkan proses interaksi |
| K: Iya mbak Mela |  |  |  |  |
| P: bagaimana kalau kita sekarang belajar mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain  K: ya mbak | P: Menatap klien dengan tersenyum  K: Menunduk sambill menjawab | Perawat mempertahankan posisi trapeutik | Klien dapat menjawab pertanyaan perawat | Setiap interaksi harus berdasarkan kontrak yang telah dibuat dan klien slalu harus diingatkan pada kontrak yang telah disepakati untuk memudahkan serta mengarahkan  proses interaksi. |
| P: Bagaimana kalo kita membicarakannya hal ini sekitar 15 menit, apa ibu bersedia ?  K: terserah | P: Menunduk melihat waktu di jam tangan  K: garuk-garuk kepala | Perawat mempertahankan posisi terapeutik | Klien mampu menjawab pertanyaan dari perawat | Kontrak topic agar pembicaraan lebih terfokus |
| P: Jadi gini ya, kalau ibu mulai mendengar suara aneh, langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol. Minta  teman atau keluarga untuk ngobrol dengan ibu. Contohnya begini.. . tolong, saya mulai dengar suara aneh. Ayo bicara denganku ! atau kalau ada orang dirumah misalnya, anak atau suami ibu ayo ngobrol denganku, saya sedang mendengar suara- suara aneh! Begitu ya ibu.  K: ooh.. | P: Memegang tangan klien dan mempraktekkan menutup telinga sambil melihat respon klien  K: Menaruh dagunya ke tangan sambil melihat perawat | Berharap klien bisa merespon dengan baik  Perawat berusaha klien dapat memahami dan mempraktekkannya | Klien tampak bingung dan klien tampak berpikir | Melakukan identifikasi penyebab masalah, untuk menentukan sejauh mana klien memahami masalahnya  . |
| P: Kalo begitu sekarang ibu membuat jadwal kegiatan sendiri ya mulai dari bangun tidur pagi sampai mau tidur malam , ini saya kasih selembar kertas dan bulpoin ibu tulis, nanti ada yang tidak dimengerti bisa Tanya ke saya ya buk, ibu setuju kan?  K : Yaaa | P: Tersenyum sambil menyodorkan kertas ke klien  K: Menoleh ke luar ruangan | Perawat senang karena klien mau memikirkan alternative kegiatan | Klien mulai memikirkan kemampuan melakukan kegiatannya | Perawat menunjukkan hubungan yang terbuka dengan klien.Dimana bahwa untuk |
| P: Bagaimana perasaan ibu saat ini, setelah kita berlatih cara untuk mengontrol halusinasi ibu yang saya ajarkan tadi ?  K: (bicara ngelantur) | P: Tersenyum sambil menyuruh klien menuliskan jadwal  K: kebingungan | Perawat mencoba memberikan dorongan | Klien kebingungan | Melakukan evaluasi subyektif untuk menilai perasaan klien setelah interaksi |
| P: Coba ibu lakukan sekali lagi yang saya ajarkan tadi  K : gak tau mbak,aku bingung. | P: Menatap klien sambil memperhatikan klien  K: Kepala menoleh keatas , sambil memainkan jari jemari tangannya | Perawat mencoba menggali kegiatan yang telah diajarkan | Klien bingung dan bicara ngelantur | Melakukan evaluasi |
| P: Baik ibu, tidak papa besok kita ulangi lagi untuk belajar mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dan membuat jadwal kegiatan harian  K : iya | P: tersenyum  K: Merapikan kursi dengan baik | Perawat menunjukkan perhatian kepada klien | Klien ngelantur | Perawat menunjukkan hubungan yang terbuka dengan klien |
| P: besok bertemu lagi ya ditempat ini pukul 16.00 yaa  K : iya | P: Bertanya dengan nada lembut, tetap tersenyum memandang | Perawat dengan penuh perhatian | Klien memberikan respon yang baik kepada | Melakukan evaluasi |

**ANALISIS PROSES INTERAKSI (API)**

**HALUSINASI PENDENGARAN**

Inisaial klien : Ny. S Nama mahasiswa : Amanda Mela Sabrina

Status interaksi perawat-klien : Pertemuan ke-4 (SP 2) Tanggal : 16 Desember 2021

Lingkungan : Meja, kursi, berhadapan dengan pasien Jam : 16.00 WIB

Deskripsi klien : Penampilan kurang rapi, pasien berbicara sendiri Ruang : Flamboyan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KOMUNIKASI VERBAL** | **KOMUNIKASI NON VERBAL** | **ANALISA BERPUSAT PADA**  **PERAWAT** | **ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN** | **RASIONAL** |
| P: Assalamu’alaikum bu..  selamat sore !  K: ya selamat sore | P: Tersenyum, menatap klien, berjabat tangan dengan klien.  K: Tersenyum, menjabat tangan perawat | Perawat menyapa klien, perawat memposisikan diri terapeutik | Klien dapat menjawab salam dari perawat | Mengucapkan salam terapeutik untuk membina hubungan saling percaya |
| P: Bagaimana ibu masih ingat dengan saya ? bagaimana perasaan ibu saat ini, apakah semalam bisa tidur  ?  K: Mbak mela kan, baik. Bisa tidur | P: Memandang klien sambil tersenyum  K: Ekpresi datar | Membuka percakapan dengan klien berharap klien ingat dengan perawat | Klien mengenal dan memahami pertanyaan dari perawat | Menanyakan kabar klien untuk evaluasi / validasi, klien mengenal perawat maka akan memudahkan proses interaksi |
| P: Baiklah. Sesuai dengan perjanjian kita kemarin ya bu, hari ini kita akan mengulangi kembali berlatih cara mengontrol halusinasi yang ibu alami dengan cara bersosialisasi atau berbicara dengan orang lain saat halusinasi ibu muncul | P: Menatap klien dengan tersenyum  K: Menunduk sambil menganggukkan kepala | Perawat memberikan stimulus agar klien mampu menjawab dan berharap klien dapat mengerti dari pembicaraan perawat | Klien dapat menjawab pertanyaan perawat | Setiap interaksi harus berdasarkan kontrak yang telah dibuat dank lien slalu harus diingatkan pada kontrak yang telah disepakati untuk memudahkan serta mengarahkan proses interaksi. |
| K: yaaaa |  |  |  |  |
| P: Bagaimana kalo kita membicarakannya hal ini sekitar 15 menit, apa ibu bersedia ?  K: terserah mbaknya saja | P: Menunduk melihat waktu di jam tangan  K: garuk-garuk kepala | Perawat mempertahankan posisi terapeutik | Klien mampu menjawab pertanyaan dari perawat | Kontrak topic agar pembicaraan lebih terfokus |
| P: sesuai kontrak kemarin, kita akan berbicara di ruangan ini kan bu ?  K:iya disini saja | P: Memandang klien sambil menunjuk ruangan  K: Menganggukan kepalanya | Perawat mengingatkan kontrak dengan klien | Klien mencoba mengingat kontrak yang sudah disepakati | Kontrak topic agar pembicaraan lebih terfokus |
| P: Jadi gini ya, kalau ibu mulai mendengar suara aneh, langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol. Minta  teman atau keluarga untuk ngobrol dengan ibu. Dengan memulai mengajak ngobrol teman sekamar, bilang saja begini bu “tolong, saya mulai dengar suara aneh. Ayo bicara denganku !”  K : baik sus | P: Memegang tangan klien dan mempraktekkan menutup telinga sambil melihat respon klien  K: Menaruh dagunya ke tangan sambil melihat perawat | Berharap klien bisa merespon dengan baik  Perawat berusaha klien dapat memahami dan mempraktekkannya | Klien tampak bingung dan klien tampak berpikir | Melakukan identifikasi penyebab masalah, untuk menentukan sejauh mana klien memahami masalahnya  . |
| P: baik ibu sekarang ibu ulangi kembali untuk sekarang kegiatan sendiri ya mulai dari bangun tidur pagi sampai  mau tidur malam , ini saya kasih selembar kertas dan bulpoin ibu tulis, nanti ada yang tidak dimengerti bisa Tanya ke saya ya buk  K: ya mbak setuju | P: Tersenyum sambil menyodorkan kertas ke klien | Perawat senang karena klien mau memikirkan alternative kegiatan | Klien mulai memikirkan kemampuan melakukan kegiatannya | Perawat menunjukkan hubungan yang terbuka dengan klien.Dimana bahwa untuk |
| P: Bagaimana perasaan ibu saat ini, setelah kita berlatih cara untuk mengontrol halusinasi ibu yang saya ajarkan tadi ?  K: Seneng | P: Tersenyum , melihat respons klien  K: Tertawa sambil mengepalkan tangannya di dada | Perawat senang karena klien mengerti arahan dari perawat | Klien memberikan respon yang baik kepada perawat | Melakukan evaluasi subyektif untuk menilai perasaan klien setelah interaksi |
| P: Coba ibu lakukan sekali lagi yang saya ajarkan tadi | P: Menatap klien sambil memperhatikan klien  K: Kepala menoleh keatas , sambil memainkan jari jemari tangannya. | Perawat mencoba | Klien mulai memikirkan | Melakukan evaluasi |
| K: Dengan meminta bicara sama keluarga atau teman,  Tolong ajak saya ngobrol saya mendengar suara-  suara aneh itu… |  | klien | Klien mampu menjawabnya | setelah interaksi |
| P: Ibu sekarang sudah mengerti ya, jadi ibu kalo mengalami kesulitan atau ada yang ingin ditanyakan bisa memanggil saya bu ?  K: iya mbak | P: Tersenyum , memandang klien  K: Menganggukan kepala | Perawat menunjukkan perhatian kepada klien | Klien menanggapai pertanyaan perawat | Perawat menunjukkan hubungan yang terbuka dengan klien.Dimana bahwa untuk mendapatkan data diperlukan pertanyaan  dan sikap terbuka. |

**Lampiran 5**

**SOP PEMBERIAN OBAT SECARA ORAL**

**A. Tahap Persiapan**

1. Persiapan Alat

Meja baki berisi :

* + Obat-obat yang diperlukan dalam tempatnya
  + Gelas obat
  + Sendok
  + Gelas ukuran (jika diperlukan)
  + Air minum pada tempatnya
  + Lap makan atau tissue
  + Martil dan lumpang penggerus (bila diperlukan)
  + Spuit steril
  + Kartu atau buku berisi rencana pengobatan
  + Kalau perlu kartu obat berisi

1. Nama pasien

2. Nomor tempat tidur

3. Dosis obat

4. Jadwal pemberian obat

2. Persiapan Klien

* Memperkenalan diri
* Menjelaskan tujuan pemberian obat, langkah-langkah yang

akan dilakukan dan waktu pemberian obat

* Meminta pengunjung atau keluarga menunggu di luar

3. Persiapan Lingkungan

* Bekerja sebaiknya dari sebelah kanan pasien
* Meletakkan alat sedemikian rupa sehingga mudah bekerja

**B. Tahap Pelaksanaan**

1. Cuci tangan dan pakai handscoone (sarung tangan)

2. Kaji kemampuan klien untuk dapat minum obat per oral (menelan, mual, muntah, adanya program tahan makan atau minum, akan dilakukan pengisapan lambung dll)

3. Periksa kembali perintah pengobatan (nama klien, nama dan dosis obat, waktu dan cara pemberian) periksa tanggal kedaluarsa obat, bila ada kerugian pada perintah pengobatan laporkan pada perawat/bidan yang berwenang atau dokter yang meminta.

4. Ambil obat sesuai yang diperlukan (baca perintah pengobatan dan ambil obat yang diperlukan)

5. Siapkan obat-obatan yang akan diberikan. Siapkan jumlah obat yang sesuai dengan dosis yang diperlukan tanpa mengkontaminasi obat (gunakan tehnik aseptik untuk menjaga kebersihan obat).

**a. (Tablet atau kapsul)**

a) Tuangkan tablet atau kapsul ke dalam mangkuk disposibel tanpa

menyentuh obat.

b) Gunakan alat pemotong tablet bila diperlukan untuk membagi obat sesuai dengan dosis yang diperlukan.

c) Jika klien mengalami kesulitan menelan, gerus obat menjadi bubuk dengan menggunakan martil dan lumpang penggerus, kemudian campurkan dengan menggunakan air. Cek dengan bagian farmasi sebelum menggerus obat, karena beberapa obat tidak boleh digerus sebab dapat mempengaruhi daya kerjanya.

**b. (Obat dalam bentuk cair)**

a) Kocok /putar obat/dibolak balik agar bercampur dengan rata sebelum dituangkan, buang obat yang telah berubah warna atau menjadi lebih keruh.

b) Buka penutup botol dan letakkan menghadap keatas. Untuk menghindari kontaminasi pada tutup botol bagian dalam.

c) Pegang botol obat sehingga sisa labelnya berada pada telapak tangan, dan tuangkan obat kearah menjauhi label. Mencegah obat menjadi rusak akibat tumpahan cairan obat, sehingga label tidak bisa dibaca dengan tepat.

d) Tuang obat sejumlah yang diperlukan ke dalam mangkuk obat

berskala.

e) Sebelum menutup botol usap bagian tutup botol dengan menggunakan kertas tissue. Mencegah tutup botol sulit dibuka kembali akibat cairan obat yang mengering pada tutup botol.

f) Bila jumlah obat yang diberikan hanya sedikit, kurang dari 5 ml maka gunakan spuit steril untuk mengambilnya dari botol.

6. Untuk obat yang sangat asam misalnya aspirin tawarkan makanan kecil tanpa

lemak, misal biskuit.

7. Temani klien sampai semua obat ditelan. Apabila anda ragu apakah obat telah ditelan minta klien membuka mulutnya.

8. Setelah selesai pasien dirapikan dan bantu pasien kembali ke posisi yang nyaman

9. Alat-alat dibersihkan dan dikembalikan ketempatnya

10. Kembalikan kartu, format obat atau huruf cetak nama obat ke arsip yang tepat untuk pemberian obat selanjutnya.

**C. Tahap Akhir**

1. Evaluasi perasaan klien : kembali dalam waktu 30 menit untuk

mengevaluasi respon terhadap pengobatan.

2. Kontrak waktu untuk kegiatan selanjutnya.

3. Dokumentasi : Catat waktu aktual setiap obat diberikan pada catatan obat

4. Cuci tangan

**LAMPIRAN 6**

**LEAFLET PEMBERIAN OBAT**

****

****