**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA MASALAH UTAMA GANGGUAN**

**PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN PADA NY. R**

**DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA PARANOID**

**DI RUANG VI RSPAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**

Description: akper3

**Oleh:**

**ADELIA OCTAVIDYA**

**NIM. 172.0002**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

# KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA MASALAH UTAMA GANGGUAN**

**PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN PADA NY. R**

**DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA PARANOID**

**DI RUANG VI RSPAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**

Description: akper3

**Oleh:**

**ADELIA OCTAVIDYA**

**NIM. 172.0002**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

# SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan karya tulis ilmiah 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, 21 Februari 2020



ADELIA OCTAVIDYA

NIM. 172.0002

# HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Adelia Octavidya

NIM : 172.0002

Program Studi : D-III Keperawatan

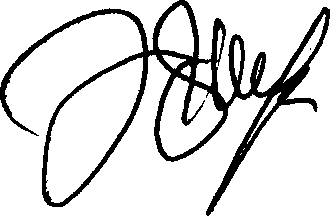
Judul : **Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Ny. R dengan Diagnosis Medis Skizofrenia Paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

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

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.Kep)**

Surabaya, 21 Februari 2020

Pembimbing



Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes

NIP.03.021

# HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Adelia Octavidya

NIM : 172.0002

Program Studi : D-III Keperawatan

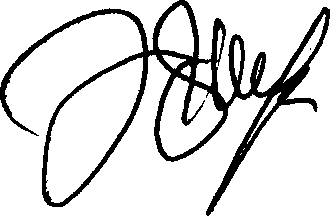
Judul KTI : **Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Ny. R dengan Diagnosis Medis Skizofrenia Paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

Telah dipertahankan di hadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah Surabaya.

Hari, tanggal : Jum’at, 21 Februari 2020

Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **Lulus** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.



Penguji I Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes (...............................)

NIP.03.021

(...............................)



Penguji II Shofa Chasani, S.Kep., Ns. (...............................)

NIP. 197005151996031001

Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi D-III Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes.

NIP. 03.007

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 21 Februari 2020

# MOTTO & PERSEMBAHAN

“Don’t tell people your dreams. Show them”

**PERSEMBAHAN**

1. Kedua orang tua saya tercinta yang selalu mendoakan, mendampingi, memotivasi, dan memberikan dukungan di setiap saat.
2. Kepada teman-teman D-III B yang telah melewati kebersamaan selama 3 tahun ini, saling memberikan motivasi dan dukungan untuk satu sama lain.
3. Kepada sahabat-sahabat saya yang tergabung di grup WhatsApp “Bar-Bar” yang selalu memberi saya motivasi, dukungan untuk melanjutkan karya tulis ilmiah ini agar tidak menyerah, yang telah membantu dan menemani saya mencari buku untuk mengerjakan karya tulis ilmiah ini.
4. Kepada Mamat yang setiap hari selalu menyemangati, selalu mendengarkan keluh kesah saya, membantu saya dalam mengerjakan karya tulis ilmiah ini jika saya mengalami kesusahan.

# KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang ditentukan.

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Ny. R dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan Diploma III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi tidak lepas dari bantuan dan pengarahan dari berbagai pihak yang telah ikhas membantu penulis demi terselesainya penulisannya. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan sebesar-besarnya kepada :

* + - 1. Laksamana Pertama TNI dr. Radito Soesanto, Sp.THT-KL, Sp.KL. Selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis ilmiah dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
      2. Ibu Kolonel Laut (Purn) Wiwiek Liestyaningrum. S.Kp., M.Kep. Selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami dalam menyelesaikan pendidikan D-III Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
      3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes. Selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang selalu memberi dorongan penuh dengan wawasan dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
      4. Ibu Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes. Selaku pembimbing I yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan dorongan, arahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
      5. Bapak Shofa Chasani, S.Kep., Ns. Selaku penguji klinik yang penuh pengertian dan kesabaran dalam memberikan pengarahan serta masukan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
      6. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.

Semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 21 Februari 2020

Penulis

# DAFTAR ISI

[**HALAMAN COVER** i](#_Toc33050073)

[**HALAMAN PERNYATAAN** ii](#_Toc33050074)

[**HALAMAN PERSETUJUAN** iii](#_Toc33050075)

[**HALAMAN PENGESAHAN** iv](#_Toc33050076)

[**MOTTO & PERSEMBAHAN** v](#_Toc33050077)

[**KATA PENGANTAR** vi](#_Toc33050078)

[**DAFTAR ISI** viii](#_Toc33050079)

[**DAFTAR TABEL** xi](#_Toc33050080)

[**DAFTAR GAMBAR** xii](#_Toc33050081)

[**DAFTAR LAMPIRAN** xiii](#_Toc33050082)

[**DAFTAR SINGKATAN** xiv](#_Toc33050083)

[**BAB 1 PENDAHULUAN** 1](#_Toc33050084)

[1.1 Latar Belakang .......1](#_Toc33050086)

[1.2 Rumusan Masalah .......4](#_Toc33050087)

[1.3 Tujuan .......4](#_Toc33050088)

[1.3.1 Tujuan Umum 4](#_Toc33050089)

[1.3.2 Tujuan Khusus 4](#_Toc33050090)

[1.4 Manfaat .......5](#_Toc33050092)

[1.4.1 Secara Teoritis 5](#_Toc33050093)

[1.4.2 Praktis 6](#_Toc33050094)

[1.5 Metode Penulisan .......6](#_Toc33050095)

[1.6 Sistematika Penulisan .......8](#_Toc33050096)

**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**.............................................................................9

2.1 Konsep Skizofrenia...........................................................................................9

2.1.1 Pengertian.....................................................................................................9

[2.1.2 Etiologi Skizofrenia 10](#_Toc33050101)

[2.1.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia 11](#_Toc33050102)

[2.1.4 Tipe dan Klasifikasi Skizofrenia 12](#_Toc33050103)

[2.1.5 Kriteria Diagnostik Skizofrenia 15](#_Toc33050104)

[2.1.6 Penatalaksanaan Skizofrenia 17](#_Toc33050105)

[**2.2 Mekanisme Koping** .....19](#_Toc33050106)

[2.2.1 Pengertian...................................................................................................19](#_Toc33050107)

[2.2.2 Strategi Koping 20](#_Toc33050108)

[2.2.3 Hasil Dari Koping 22](#_Toc33050109)

[**2.3** **Konsep Halusinasi** .....23](#_Toc33050110)

[2.3.1 Pengertian 23](#_Toc33050111)

[2.3.2 Etiologi Halusinasi 24](#_Toc33050112)

[2.3.3 Tanda dan Gejala Halusinasi 28](#_Toc33050113)

[2.3.4 Jenis-jenis Halusinasi 29](#_Toc33050114)

[2.3.5 Fase-fase Halusinasi 30](#_Toc33050115)

2.3.6 Mekanisme Koping.....................................................................................31

[2.3.7 Rentang Respon 32](#_Toc33050117)

[2.3.8 Penatalaksanaan Medis Halusinasi 34](#_Toc33050118)

[**2.4 Konsep Asuhan Keperawatan** .....35](#_Toc33050119)

[2.4.1 Pengkajian 36](#_Toc33050120)

[2.4.2 Pohon Masalah 46](#_Toc33050121)

2.4.3 Diagnosa.....................................................................................................47

[2.4.4 Rencana keperawatan 47](#_Toc33050123)

[2.4.5 Implementasi 49](#_Toc33050124)

[2.4.6 Evaluasi 49](#_Toc33050125)

[**BAB 3 TINJAUAN KASUS** 51](#_Toc33050126)

[3.1 Pengkajian .....51](#_Toc33050128)

[3.1.1 Identitas 51](#_Toc33050129)

[3.1.2 Alasan Masuk 51](#_Toc33050130)

[3.1.3 Faktor Predisposisi 52](#_Toc33050131)

[3.1.4 Pemeriksaan Fisik 53](#_Toc33050132)

[3.1.5 Psikososial 53](#_Toc33050133)

[3.1.6 Status Mental 56](#_Toc33050134)

[3.1.7 Kebutuhan Pulang 59](#_Toc33050135)

[3.1.8 Mekanisme Koping 61](#_Toc33050136)

[3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan 61](#_Toc33050137)

[3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang 62](#_Toc33050138)

[3.1.11 Data Lain-Lain 62](#_Toc33050139)

[3.1.12 Aspek Medik 62](#_Toc33050141)

[3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan 63](#_Toc33050142)

[3.1.14 Daftar Diagnosa Keperawatan 63](#_Toc33050143)

[3.2 Pohon Masalah .....64](#_Toc33050144)

[3.3 Analisa Data .....65](#_Toc33050145)

[3.4 Rencana Keperawatan .....66](#_Toc33050146)

[3.5 Tindakan Keperawatan .....72](#_Toc33050147)

[**BAB 4 PEMBAHASAN** 81](#_Toc33050148)

[4.1 Pengkajian .....81](#_Toc33050150)

[4.2 Diagnosa Keperawatan .....87](#_Toc33050151)

[4.3 Intervensi .....89](#_Toc33050152)

[4.4 Implementasi .....92](#_Toc33050153)

[4.5 Evaluasi .....96](#_Toc33050154)

[**BAB 5 PENUTUP** 100](#_Toc33050155)

[5.1 Kesimpulan . .100](#_Toc33050157)

[5.2 Saran ...103](#_Toc33050158)

[DAFTAR PUSTAKA 105](#_Toc33050159)

[Lampiran 1 107](#_Toc33050160)

[STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN 1 107](#_Toc33050161)

[STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN 2 112](#_Toc33050163)

[STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN 3 116](#_Toc33050165)

[STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN 4 120](#_Toc33050167)

# DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Jenis halusinasi menurut data subjektif dan objektif 29

Tabel 2.2 Fase-fase Halusinasi 30

Tabel 2.3 Intervensi pada gangguan persepsi sensori :

halusinasi pendengaran... 48

Tabel 3.1 Analisa Data 65

Tabel 3.2 Intervensi keperawatan 66

Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi 72

# DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang respon neurobiologis32

Gambar 2.2 Pohon masalah gangguan persepsi sensori : halusinasi 46

Gambar 3.1 Genogram Ny. R 53

Gambar 3.2 Pohon Masalah Pada Ny. R Dengan Masalah Utama

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran 64

# DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan. 107

# DAFTAR SINGKATAN

ADL : Activity Daily Life

BAK : Buang Air Kecil

BB : Berat Badan

CBT : Cognitive Behavior Therapy

CM : Centimeter

DO : Data Objektif

DS : Data Subyektif

Dx : Diagnosa

Kep : Keperawatan

Kg : Kilogram

N : Nadi

Ny : Nyonya

P : Pernafasan

S : Suhu

TAK : Terapi Aktivitas Kelompok

TB : Tinggi Badan

SP : Strategi Pelaksanaan

RSPAL : Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut

# BAB 1

# PENDAHULUAN

* 1. **Latar Belakang**

Kesehatan jiwa bagi manusia adalah terwujudnya keharmonisan fungsi jiwa dan sanggup menghadapi setiap problem yang dialami, merasa bahagia dan mampu diri. Orang yang sehat jiwa berarti mempunyai kemampuan menyesuaikan diri dengan diri sendiri, orang lain, masyarakat dan lingkungan (Azizah Lilik M, Zainuri I, 2016). Gangguan jiwa yang merupakan permasalahan kesehatan diseluruh dunia dibagi menjadi dua bagian besar, yaitu gangguan jiwa ringan (neurosa) dan gangguan jiwa berat (psikosis). Psikosis ada dua jenis yaitu: psikosis organik yang disebabkan oleh gangguan otak atau gangguan fungsi otak dan psikosis fungsional yang tidak disebabkan oleh gangguan fungsi otak. Psikosis merupakan salah satu bentuk gangguan jiwa merupakan ketidak mampuan untuk berkomunikasi atau menggali realitas yang menimbulkan kesukaran dalam kemampuan seseorang berperan sebagaimana mestinya di dalam kehidupan sehari-hari (Andayani, 2012 (Pinedendi *et al.*, 2016)). Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan ciri hilangnya perasaan afektif atau respons emosional dan menarik diri dari hubungan antarpribadi normal, sering kali diikuti dengan delusi (keyakinan yang salah) dan halusinasi (persepsi tanpa ada rangsang pancaindra). Halusinasi adalah hilangnya suatu kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar) sehingga tanpa adanya suatu objek atau rangsangan yang nyata klien dapat memberikan suatu persepsi atau pendapat tentang lingkungan (Kusumawati & Hartono, 2010). Halusinasi

merupakan suatu bentuk persepsi atau pengalaman indera yang tidak terdapat stimulasi terhadap reseptornya (Wahyuni, 2011). Halusinasi dibagi menjadi empat fase yang pertama yaitu fase *comforting* (halusinasi bersifat menyenangkan), fase yang kedua yaitu fase *condemming* (halusinasi bersifat menjijikkan), fase yang ketiga yaitu fase *controlling* (halusinasi bersifat mengontrol atau mengendalikan), fase ke empat yaitu fase *conquering* (halusinasi bersifat menakutkan dan klien sudah dikuasai oleh halusinasinya). Halusinasi sendiri dibagi menjadi lima jenis yaitu halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecap, pencium, dan halusinasi perabaan (Dermawan & Rusdi, 2013 (Sutinah, 2016)).

Menurut data WHO (2018), skizofrenia menyerang lebih dari 23 juta orang dari populasi di dunia dan lebih umum diderita oleh laki-laki 12 juta dibanding dengan perempuan 9 juta. Data hasil Riskesdas (2018) menunjukkan di Indonesia terdapat peningkatan yang signifikan jika dibandingkan dengan Riskesdas 2013, naik dari 1,7% menjadi 7% angka terjadinya skizofrenia dari 34 provinsi terbanyak pada rovinsi Bali, DIY, dan NTB dengan cakupan pengobatan di Indonesia 84,9%. Sedangkan di Jawa Timur prevalensi gangguan jiwa skizofrenia sebesar 6%. Berdasarkan data yang diambil di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tahun 2020 selama 3 bulan terakhir didapatkan pada bulan Oktober-Desember 20219 terdapat 75 pasien dengan rincian: perilaku kekerasan 21 pasien, isolasi sosial 9 pasien, halusinasi sebanyak 23 pasien, waham sebanyak 13 pasien, defisit perawatan diri 4 pasien, harga diri rendah 5 pasien.

Halusinasi di pengaruhi oleh 2 faktor yaitu: faktor presdisposisi dan faktor presipitasi. Faktor presdiposisi adalah faktor yang mempengaruhi fungsi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Faktor presdiposisi dapat meliputi faktor pengembangan, sosiokultural, biologis, psikologis dan genetik. Faktor presipitasi adalah stimulus yang di persiapkan oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk menghadapinya dimana di dalamnya terdapat perilaku seperti konsep diri rendah, keputusasaan, kehilangan motivasi, tidak mampu memenuhi kebutuhan spiritual (Yosep, 2011).

Upaya optimalisasi penatalaksanaan klien dengan skizofrenia dalam menangani gangguan persepsi sensori (halusinasi dengar) antara lain melakukan tindakan keperawatan generalis dan spesialis. Tindakan keperawatan yang generalis sesuai dengan standar asuhan keperawatan yaitu mengidentifikasi halusinasi yang muncul (isi, jenis, durasi, situasi dan respon), mengontrol halusinasi dengan menghardik atau mengusir, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan dan minum obat dengan teratur, serta melakukan terapi aktivitas stimulasi persepsi (Fortinash, 2007). Tindakan keperawatan spesialis yang dapat dilakukan untuk klien baik individu maupun keluarga dengan halusinasi antara lain untuk terapi individu adalah terapi perilaku kognitif (CBT) bahwa penerapan terapi psikososial dengan perilaku kognitif dapat merubah pola pikir yang negatif menjadi positif, sehingga perilaku yang maladaptif menjadi adaptif (Martin, 2010 (Nyumirah S, 2014)).

* 1. **Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis berniat membuat karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran, untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimana asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada Ny. R dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

* 1. **Tujuan**
     1. **Tujuan Umum**

Mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada Ny. R dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

* + 1. **Tujuan Khusus**

### Mengidentifikasi pengkajian asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada Ny. R dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1. Mengidentikasi diagnosa keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada Ny. R dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Mengidentifikasi rencana asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada Ny. R dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Mengidentifikasi pelaksanaan asuhan keperawatan dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada Ny. R dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Mengidentifikasi evaluasi asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada Ny. R dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
   1. **Manfaat**

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan dan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini:

* + 1. **Secara Teoritis**

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efesien akan menghasilkan pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

* + 1. **Praktis**

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukkan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan meningkatkan kualitas dalam asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1. Bagi Keluarga dan Klien

Hasil studi kasus ini bisa dijadikan sebagai acuan dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

1. Bagi Penulis selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

* 1. **Metode Penulisan**

1. Metoda

Metode deskriptif yaitu dengan melaporkan hasil kegiatan dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa melalui pendekatan.

Studi kasus yaitu metoda yang memusatkan perhatian pada suatu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas di balik fenomena.

1. Teknik Pengumpulan Data
2. Wawancara

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

1. Observasi

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

1. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1. Sumber Data
2. Data Primer

Adalah data yang diperoleh dari pasien.

1. Data Sekunder

Adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medik perawat, serta hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1. Studi Kepustakaan

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

* 1. **Sistematika Penulisan**

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian yaitu :

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

BAB 1 : Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sitematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Tinjauan pustaka yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan dengan gangguan jiwa masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

BAB 3 : Hasil yang berisi tentang laporan kasus Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid Di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis.

BAB 5 : Kesimpulan dan saran.

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

# 

# BAB 2

# TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan di bahas tentang konsep teori sebagai landasan dalam penelitian yang meliputi: 1) konsep dasar skizofrenia, 2) koping, 3) konsep dasar halusinasi, 4) konsep dasar asuhan keperawatan halusinasi.

* 1. **Konsep Skizofrenia**
     1. **Pengertian**

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses fikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, efek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataaan, terutama karena waham dan halusinasi asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkhorensi, efek dan emosi perilaku bizar. Skizofrenia merupakan bentuk psikosa yang banyak di jumpai di mana-mana namun faktor penyebabnya belum dapat di identifikasikan secara jelas. Kraepelin menyebut gangguan ini sebagai demensia precox (Azizah Lilik M, Zainuri I, 2016).

Skizofrenia adalah gangguan jiwa psikotik paling lazim dengan ciri hilangnya perasaan efektif atau respons emosional dan menarik diri dari hubungan antarapribadi normal sering kali di ikuti dengan delusi (keyakinan yang salah) dan halusinasi (persepsi tanpa ada rangsang pancaindra). Pada penderita ditemukan penurunan kadar transtiretin atau pre-albumin yang merupakan pengusung hormon tiroksin yang menyebabkan permasalahan pada fluida cerebrospinal.Skizofrenia bisa mengenai siapa saja (Azizah Lilik M, Zainuri I, 2016).

* + 2. **Etiologi Skizofrenia**

Beberapa Faktor penyebab skizofrenia menurut (Nurarif Amin Huda, 2015) dalam buku NANDA NIC-NOC antara lain :

1. Keturunan

Telah dibuktikan dengan penelitian bahwa angka kesakitan bagi saudara tiri 0,9%-1,8% bagi saudara kandung 7-15%, bagi anak-anak dengan salah satu orang tua yang menderita Skizofrenia 40-68%, kembar 2 telur 2-15% dan kembar satu telur 61-86%.

1. Metabolisme

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

1. Susunan Saraf Pusat

Penyebab Skizofrenia diarahkan pada kelainan SSP yaitu pada diensefalon atau kortek otak tetapi kelainan patologis yang ditemukan mungkin disebabkan oleh perubahan postmortem atau merupakan artefak pada waktu membuat sediaan.

1. Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah sebab hingga sekarang tidak dapat ditemukan kelainan patologis anatomis atau fisiologis yang khas pada SSP tetapi Meyer mengakui bahwa suatu konstitusi yang inferior atau penyakit badaniah dapat mempengaruhi timbulnya skizofrenia.

Menurut Meyer skizofrenia merupakan reaksi yang salah, suatu maladaptasi, sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan (otisme).

1. Teori Sigmund Freud
2. Kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab ataupun somatik
3. Superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan ide yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisisme dan kehilangan kapasitas untuk pemindahan (transference) sehingga terapi psikoanalitik tidak mungkin.
   * 1. **Tanda dan Gejala Skizofrenia**

Menurut Blueler dalam buku (Nurarif Amin Huda, 2015)

Gejala Primer

a. Gangguan Proses Pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran). Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherensi

b. Gangguan Afek Emosi

* 1. Terjadi kedangkalan afek-emosi
  2. Paramimi dan paratimi
  3. Emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai satu kesatuan

Emosi berlebihan

* 1. Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik

c. Gangguan Kemauan

1. Terjadi kelemahan kemauan
2. Perilaku negativisme atau permintaan
3. Otomatisme : merasa pikiran/perbuatannya dipengaruhi oleh orang lain

d. Gangguan Psikomotor

1. Stupor atau hiperkinesia, logorea dan neologisme
2. Katelepsi : mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama
3. Echolalia dan Echopraxi

Gejala Sekunder

Waham, halusinasi.

* + 1. **Tipe dan Klasifikasi Skizofrenia**

Dalam buku PPDGJ III (Maslim, 2013) skizofrenia dapat dibedakan menjadi beberapa tipe, yaitu :

* + 1. Skizofrenia paranoid (F 20. 0)
       - 1. Memenuhi kriteria skizofrenia.
         2. Halusinasi dan/atau waham harus menonjol : halusinasi auditori yang memberi perintah atau auditorik yang berbentuk tidak verbal; halusinasi pembauan atau pengecapan rasa atau bersifat seksual;waham dikendalikan, dipengaruhi, pasif atau keyakinan dikejar-kejar.
         3. Gangguan afektif, dorongan kehendak, dan pembicaraan serta gejala katatonik relative tidak ada.
    2. Skizofrenia hebefrenik (F 20. 1)
       - 1. Memenuhi kriteria skizofrenia.
         2. Pada usia remaja dan dewasa muda (15-25 tahun).
         3. Kepribadian premorbid : pemalu, senang menyendiri.
         4. Gejala bertahan 2-3 minggu.
         5. Gangguan afektif dan dorongan kehendak, serta gangguan proses pikir umumnya menonjol. Perilaku tanpa tujuan, dan tanpa maksud.Preokupasi dangkal dan dibuat-buat terhadap agama, filsafat, dan tema abstrak.
         6. Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan, mannerism, cenderung senang menyendiri, perilaku hampa tujuan, dan hampa perasaan.
         7. Afek dangkal (shallow) dan tidak wajar (in appropriate), cekikikan, puas diri, senyum sendiri, atau sikap tinggi hati, tertawa menyeringai, mengibuli secara bersenda gurau, keluhan hipokondriakal, ungkapan kata diulang-ulang.
         8. Proses pikir disorganisasi, pembicaraan tak menentu, inkoheren
    3. Skizofrenia katatonik (F 20. 2)
       - 1. Memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia.
         2. Stupor (amat berkurang reaktivitas terhadap lingkungan, gerakan, atau aktivitas spontan) atau mutisme.
         3. Gaduh-gelisah (tampak aktivitas motorik tak bertujuan tanpa stimuli eksternal).
         4. Menampilkan posisi tubuh tertentu yang aneh dan tidak wajar serta mempertahankan posisi tersebut.
         5. Negativisme (perlawanan terhadap perintah atau melakukan ke arah yang berlawanan dari perintah).
         6. Rigiditas (kaku).
         7. Flexibilitas cerea (waxy flexibility) yaitu mempertahankan posisi tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar.
         8. Command automatism (patuh otomatis dari perintah) dan pengulangan kata-kata serta kalimat.
         9. Diagnosis katatonik dapat tertunda jika diagnosis skizofrenia belum tegak karena pasien yang tidak komunikatif.
    4. Skizofrenia tak terinci atau undifferentiated (F 20. 3)
       - 1. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofernia.
         2. Tidak paranoid, hebefrenik, katatonik.
         3. Tidak memenuhi skizofren residual atau depresi pasca-skizofrenia
    5. Skizofrenia pasca-skizofrenia (F 20. 4)
       - 1. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofernia selama 12 bulan terakhir ini.
         2. Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada (tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya).
         3. Gejala – gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif (F32.-), dan telah ada dalam kurun waktu paling sedikit 2 minggu. Apabila pasien tidak menunjukkan lagi gejala skizofrenia, diagnosis menjadi episode depresif (F32.-).Bila gejala skizofrenia masih jelas dan menonjol, diagnosis harus tetap salah satu dari subtipe skizofrenia yang sesuai (F20.0 - F20.3).
    6. Skizofrenia residual (F 20. 5)
       - 1. Gejala “negatif” dari skizofrenia yang menonjol, misalnya perlambatan psikomotorik, aktifitas yang menurun, afek yang menumpul, sikap pasif dan ketiadaan inisiatif, kemiskinan dalam kuantitas atau isi pembicaraan, komunikasi non verbal yang buruk seperti dalam ekspresi muka, kontak mata, modulasi suara dan posisi tubuh, perawatan diri dan kinerja sosial yang buruk.
         2. Sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik yang jelas dimasa lampau yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia.
         3. Sedikitnya sudah melewati kurun waktu satu tahun dimana intensitas dan frekuensi gejala yang nyata seperti waham dan halusinasi telah sangat berkurang (minimal) dan telah timbul sindrom “negatif” dari skizofrenia.
         4. Tidak terdapat dementia atau gangguan otak organik lain, depresi kronis atau institusionalisasi yang dapat menjelaskan disabilitas negatif tersebut.
    7. Skizofrenia simpleks (F 20. 6)
       - 1. Diagnosis skizofrenia simpleks sulit dibuat secara meyakinkan karena tergantung pada pemantapan perkembangan yang berjalanperlahan dan progresif dari:

Gejala “negatif” yang khas dari skizofrenia residual tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik.

Disertai dengan perubahan – perubahan perilaku pribadi yang bermakna, bermanifestasi sebagai kehilangan minat yang mencolok, tidak berbuat sesuatu, tanpa tujuan hidup, dan penarikan diri secara sosial.

Gangguan ini kurang jelas gejala psikotiknya dibandingkan subtipe skizofrenia lainnya.

* + 1. **Kriteria Diagnostik Skizofrenia**

Menurut Dadang Hawari (2005) dalam buku (Prabowo Eko, 2014) mengatakan bahwa secara klinis untuk mengatakan apakah seseorang itu menderita skizofrenia atau tidak maka diperlukan kriteria diagnostic sebagai berikut:

* + 1. Delusi atau waham yang aneh (isinya jelas tidak masuk akal) dan tidak berdasarkan kenyataan, sebagai contoh misalnya:

1. Waham dikendalikan oleh suatu kekuatan luar (delusions of being confrolled).
2. Waham penyiaran pikiran (Thought broadcasting).
3. Waham penyisipan pikiran (Thought Insertion).
4. Waham Penyedotan pikiran (Thought withdrawal).
   * 1. Delusi atau waham Somatik (fisik) kebesaran, keagamaan, nihilistic atau waham lainnya yang bukan waham kerja atau cemburu.
     2. Delusi atau waham kerja atau cemburu (delusions of persection of jeolousy) dan waham tuduhan (delusions of suspicion) yang disertai halusinasi dalam bentuk apapun (halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan dan perabaan).
     3. Halusinasi pendengaran yang dapat berupa suara yang selalu memberi komentar tentang tingkah laku atau pikirannya, atau dua atau lebih suara yang saling bercakap-cakap (dialog).
     4. Halusinasi pendengaran yang terjadi beberapa kali yang berisi lebih dari satu atau dua kata dan tidak adanya hubungan dengan kesedihan (depresi) atau kegembiraan (euforia).
     5. Inkoherensi, yaitu kelonggaran asosiasi (hubungan) pikiran yang jelas, jalan pikiran yang tidak masuk akal, isi pikiran atau pembicaraan yang kaku, atau kemiskinan pembicaraan yang disertai oleh paling sedikit satu dari yang disebut:
5. Afek (alam perasaan) yang tumpul, mendatar atau tidak serasi (inappropriate).
6. Berbagai waham atau halusinasi.
7. Katatonia (kekakuan) atau tingkah laku lain yang sangat kacau (disorganised).
8. Deferiorasi (kemunduran/kemerosotan) dari taraf fungsi penyesuaian (adaptasi) dalam bidang pekerjaan, hubungan sosial dan perawatan dirinya.

Jangka waktu gejala penyakit itu berlangsung secara terus menerus selama paling sedikit 6 bulan dalam suatu periode didalam kehidupan seseorang, disertai dengan terdapatnya beberapa gejala penyakit pada saat diperiksa sekarang.

* + 1. **Penatalaksanaan Skizofrenia**
       1. Penggunaan Obat Antipsikosis

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

Antipsikotik konvensional

Obat antipsikotik yang paling lama penggunaannya, walaupun sangat efektif sering menimbulkan efek samping yang serius. Contoh obat antipsikotik konvesional antara lain :

1. Haldol (haloperidol). Sediaannya tablet 0,5 mg, 1,5 mg, 5 mg, dan injeksi 5 mg/ml, dosis 5-15 mg/hari.
2. Stelazine (trifluoperazine). Sediaannya tablet 1 mg dan 5 mg, dosis 10-15 mg/hari.
3. Mellaril (thioridazine). Sediaannya tablet 50-100 mg, dosis 150-600 mg/hari.
4. Thorazine (chlorpromazine). Sediaannya tablet 25 dan 100 mg, injeksi 25 mg/ml, dosis 150-600 mg/hari.
5. Trilafon (perphenazine). Sediaannya tablet 2, 4, 8 mg, dosis 12-24 mg/hari.
6. Prolixin (fluphenazine). Sediaannya tablet 2,5 mg, 5 mgg, dosis 10-15 mg/hari. Injeksi 25 mg/ml, dosis 25 mg/2-4 minggu.

Newer atypical antipsycosis

Obat-obat yang tergolong kelompok ini disebut atipikal karena prinsip kerjanya berbeda, serta sedikit menimbulkan efek samping bila dibandingkan dengan antipsikotik konvensional. Contoh newer atypical, antara lain :

1. Risperidal. Sediaan risperidone tablet 1, 2, 3 mg, dosis 2-6 mg/hari.
2. Seroquel (quetiapine)
3. Zyprexa (olanzopine)

Clozaril (clozapine)

Memiliki efek samping yang jarang tapi sangat serius. Clozaril dapat menurunkan jumlah sel darah putih yang berguna untuk melawan infeksi.

Terapi elektrokonvulsif (ECT)

Pembedahan bagian otak

Perawatan di rumah sakit

Psikoterapi

Terapi Psikoanalisa

Metode terapi berdasarkan konsep Freud. Tujuannya menyadarkan individu akan konflik yang tidak disadarinya dan mekanisme pertahanan yang digunakannya untuk mengendalikan kecemasannya. Hal paling penting dalam terapi ini adalah untuk mengatasi hal-hal yang direpress oleh penderita.

Terapi Perilaku (Behavioristik)

Terapi Humanistik

Terapi kelompok dan terapi keluarga.

* 1. **Mekanisme Koping**
     1. **Pengertian**

Koping adalah proses di mana seseorang mencoba untuk mengatur perbedaan yang diterima antara keinginan (demands) dan pendapatan (resources) yang dinilai dalam suatu keadaan yang penuh tekanan. Walaupun usaha koping dapat diarahkan untuk memperbaiki atau menguasai suatu masalah, hal ini juga dapat membantu seseorang untuk mengubah persepsinya atas ketidak sesuaian, menolerir atau menerima bahaya, juga melepaskan diri atau menghindari situasi stress. Stress diatasi dengan kognitif dan *behavioral transaction* melalui lingkungannya.

Proses mekanisme koping bukan hanya satu kejadian karna koping melibatkan *ungoing transaction* dengan lingkungan, dan proses tersebut sebaiknya dilihat sebagai suatu *dynamic series.* Stress yang muncul pada anak akan membuat dirinya melakukan suatu koping. Koping merupakan suatu tindakan mengubah kognitif secara konstan dan usaha tingkah laku untuk mengatasi tuntutan internal atau eksternal yang dinilai membebani atau melebihi sumber daya yang dimiliki individu. Koping yang dilakukan ini berbeda dengan perilaku adaptif otomatis karena koping membutuhkan suatu usaha, yang apabila usaha tersebut berhasil dilakukan menjadi perilaku otomatis lewat proses belajar. Koping dipandang sebagai suatu usaha untuk menguasai situasi tertekan, tanpa memperhatikan akibat dari tekanan tersebut dapat benar-benar dikuasai. Maka, koping yang efektif untuk dilakukan adalah koping yang membantu seseorang untuk menoleransi dan menerima situasi menekan dan tidak merisaukan tekanan yang tidak dapat dikuasainya (Lazarus dan Folkman, 1984) dalam buku (Nasir A, 2011).

* + 1. **Strategi Koping**

Menurut Lazarus dan Folkman (1984) dalam melakukan koping ada dua strategi yang bisa dilakukan :

1. Koping yang berfokus pada masalah *(problem focused coping)*

*Problem focused coping*, yaitu usaha mengatasi stress dengan cara mengatur atau mengubah masalah yang dihadapi dan lingkungan sekitarnya yang menyebabkan terjadinya tekanan. *Problem focused coping* ditunjukkan dengan mengurangi demands dari situasi yang penuh dengan stress atau memperluas sumber untuk mengatasinya. Sesorang cenderung menggunakan metode *problem focused coping* apabila mereka percaya bahwa sumber atau *demands* dari situasinya dapat diubah. Strategi yang dipakai dalam *problem focused coping* antara lain sebagai berikut:

1. *Confrontative coping*: usaha untuk mengubah keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang agresif, tingkat kemarahan yang cukup tinggi, dan pengambilan risiko.
2. *Seeking social support*: usaha untuk mendapatkan kenyamanan emosional dan bantuan informasi dari orang lain.
3. *Planful problem solving*: usah untuk mengubah keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang hati-hati, bertahap, dan analitis.
4. Emotion focused coping

*Emotion focused coping,* yaitu usaha mengatasi stress dengan cara mengatur respon emosional dalam rangkaian menyesuaikan diri dengan dampak yang akan ditimbulkan oleh suatu kondisi atau situasi yang dianggap penuh tekanan. Emotion focused coping ditunjukkan untuk mengontrol respons emosional terhadap perilaku dan kognitif. Strategi yang digunakan dalam emotional focused coping antara lain sebagai berikut :

1. *Self control*: usaha untuk mengatur perasaan ketika menghadapi situasi yang menekan.
2. *Distencing*: usaha untuk tidak terlibat dalam permasalahan, seperti menghindar dari permasalahan seakan tidak terjadi apa-apa atau menciptakan pandangan-pandangan yang positif, seperti menganggap masalah sebagai lelucon.
3. *Positive reappraisal*: usaha mencari makna positif dari permasalahan dengan berfokus pada pengembangan diri, biasanya juga melibatkan hal-hal yang bersifat religius.
4. *Accepting responsibility*: usaha untuk menyadari tanggung jawab diri sendiri dalam permasalahan yang dihadapinya dan mencoba menerimanya untuk membuat semuanya menjadi baik.
5. *Escape/avoidance*: usaha untuk mengatasi situasi menekan dengan lari dari situasi tersebut atau menghindarinya dengan beralih pada hal lain seperti makan, minum, merokok, atau menggunakan obat-obatan.
   * 1. **Hasil Dari Koping**

Lazarus dan Folkman (1984) menyatakan koping yang efektif adalah koping yang membantu seseorang untuk menoleransi dan menerima situasi menekan, serta tidak merisaukan tekanan yang tidak dapat dikuasainya. Sesuai dengan pernyataan tersebut, Cohen dan Lazarus, dalam Taylor (1991), mengemukakan agar koping dilakukan dengan efektif, maka strategi koping perlu mengacu pada 5 fungsi tugas koping yang dikenal dengan istilah koping task, yaitu :

1. Mengurangi kondisi lingkungan yang berbahaya dan meningkatkan prospek untuk memperbaikinya
2. Menoleransi atau menyesuaikan diri dengan pernyataan negatif
3. Mempertahankan gambaran diri yang positif
4. Mempertahankan keseimbangan emosional
5. Melanjutkan kepuasan terhadap hubungan dengan orang lain

Menurut Taylor (1991) efektivitas koping bergantung pada keberhasilan pemenuhan koping task. Individu tidak harus memenuhi semua koping task untuk dinyatakan berhasil melakukan koping dengan baik. Setelah koping dapat memenuhi sebagian atau semua fungsi tugas tersebut, maka didapatkan terlihat bagaimana koping outcome yang dalam tiap individu. Koping outcome adalah kriteria hasil koping untuk menentukan keberhasilan koping. Beberapa kriteria koping outcome adalah sebagai berikut :

1. Ukuran fungsi fisiologis, yaitu koping dinyatakan berhasill bila koping yang dilakukan dapat mengurangi indikator dan membangkitkan (arousal) stress seperti menurunnya tekanan darah, detak jantung, detak nadi, dan sistem pernapasan.
2. Apakah individu dapat kembali pada keadaan seperti sebelum ia mengalami stress dan seberapa cepat ia dapat kembali. Koping dinyatakan berhasil bila koping yang dilakukan dapat membawa individu kembali pada keadaan seperti sebelum individu mengalami stress.
3. Efektivitas dalam mengurangi psychological distres. Koping dinyatakan berhasil jika koping tersebut dapat mengurangi rasa cemas dan depresi pada individu.
   1. **Konsep Halusinasi**
      1. **Pengertian**

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa di mana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Klien merasa ada suara padahal tidak ada stimulus suara. Melihat bayangan orang atau sesuatu yang menakutkan padahal tidak ada bayangan tersebut. Membaui bau-bauan tertentu padahal orang lain tidak merasakan sensasi serupa. Merasakan mengecap sesuatu padahal tidak sedang makan apapun. Merasakan sensasi rabaan padahal tidak ada apapun dalam permukaan kulit. Halusinasi adalah persepsi yang tanpa dijumpai adanya rangsangan dari luar. Walaupun tampak sebagai sesuatu yang “khayal”, halusinasi sebenarnya merupakan bagian dari kehidupan mental penderita yang “teresepsi” (Yosep, 2010) dalam buku (Damaiyanti M, 2012).

Diperkirakan lebih dari 90% klien dengan skizofrenia mengalami halusinasi. Meskipun bentuk halusinasinya bervariasi tetapi sebagian besar klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa mengalami halusinasi dengar. Suara dapat dikenal (familiar) misalnya suara nenek yang meninggal, suara dapat tunggal atau multipel. Isi suara dapat memerintahkan sesuatu pada klien atau seringnya tentang perilaku klien sendiri. Klien sendiri merasa yakin bahwa suara itu berasal dari Tuhan, setan, sahabat, atau musuh. Kadang-kadang suara yang muncul semacam bunyi bukan suara yang mengandung arti (Yosep, 2011).

* + 1. **Etiologi Halusinasi**

Faktor Predisposisi

Menurut (Yosep, 2011) faktor predisposisi klien dengan halusinasi adalah:

Faktor Perkembangan

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

Faktor Sosiokultural

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

Faktor Biologis

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

Faktor Psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. 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 hayal.

Faktor Genetik dan Pola Asuh

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

Faktor Presipitasi

Perilaku

Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah dan bingung, perilaku menarik diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Menurut Rawlins dan Heacock, 1993 dalam (Damaiyanti M, 2012) mencoba memecahkan masalah halusinasi berlandaskan atas hakikat keberadaan seorang individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar unsur-unsur bio-psiko-sosio-spiritual. Sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi, yaitu :

1. Dimensi Fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidut 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 tak jarang akan mengontrol semua perilaku klien.

1. Dimensi Sosial

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

1. Dimensi Spiritual

Secara spiritual klien halusinasi di mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri, irama sirkadiannya terganggu karena ia seringtidur larut malam dan bangun sangat siang. Saat terbangun merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya. Ia sering memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rejeki, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

* + 1. **Tanda dan Gejala Halusinasi**

Adapun 2 macam tanda dan gejala halusinasi yaitu mayor dan minor yang berupa data subjektif dan objektif, sebagai berikut:

1. Mayor

Subjektif

1. Mendengar suara orang bicara tanpa ada orangnya
2. Melihat benda, orang, atau sinar tanpa ada objeknya
3. Menghidu bau-bauan yang tidak sedap, seperti bau badan padahal tidak
4. Merasakan pengecapan yang tidak enak
5. Merasakan rabaan atau gerakan badan.

Objektif

1. Bicara sendiri
2. Tertawa sendiri
3. Melihat ke satu arah
4. Mengarahkan telinga ke arah tertentu
5. Tidak dapat memfokuskan pikiran
6. Diam sambil menikmati halusinasinya.
7. Minor
   1. Subjektif
8. Sulit tidur
9. Khawatir
10. Takut
    1. Objektif
11. Konsentrasi buruk
12. Disorientasi waktu, tempat, orang, atau situasi
13. Afek datar
14. Curiga
15. Menyendiri, melamun
16. Mondar-mandir
17. Kurang mampu merawat diri.
18. Mudah tersinggung, jengkel, marah (Keliat, 2019).
    * 1. **Jenis-jenis Halusinasi**

Tabel 2.1 Jenis halusinasi menurut data subjektif dan objektif (Yusuf, A.H, 2015).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jenis halusinasi | Objektif | Subjektif |
| Halusinasi dengar/suara | 1. Bicara atau tertawa sendiri 2. Marah-marah tanpa sebab 3. Mengarahkan telinga ke arah tertentu 4. Menutup telinga | 1. Mendengar suara-suara atau kegaduhan 2. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap 3. Mendengar suara menyuruh, melakukan sesuatu yang berbahaya |
| Halusinasi penglihatan | 1. Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu 2. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas | Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster |
| Halusinasi penciuman | 1. Mencium seperti sedang membaui bau-bauan tertentu 2. Menutup hidung | Membaui bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, dan kadang-kadang bau itu menyenangkan |
| Halusinasi pengecapan | 1. Sering meludah 2. Muntah | Merasakan rasa seperti darah, urin, atau feses |
| Halusinasi perabaan | Menggaruk-garuk permukaan kulit | 1. Mengatakan ada serangga di permukann kulit 2. Merasa seperti tersengat listrik |

* + 1. **Fase-fase Halusinasi**

Tabel 2.2 Fase-Fase Halusinasi (Azizah Lilik M, Zainuri I, 2016)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fase Halusinasi | Karakteristik | Perilaku Klien |
| Fase I: Comforting Ansietas sedang Halusinasi-Menyenangkan  “Menyenangkan” | * Klien mengalami ansietas, kesepian, rasa bersalah dan takut, mencoba untuk meredakakn Ansietas. * Individu mengenali bahwa pikiran dan pengalaman sensori dalan kendali kesadaran jika ansietas dapat ditangani (non psikotik) | * Tersenyum, tertawa yang tidak sesuai * Menggerakkan bibir tanpa suara * Pergerakkan mata yang cepat * Respon verbal yang lambat * Diam, dipenuhi rasa yang mengasyikkan |
| Fase II: Condeming Ansietas berat Halusinasi menjadi menjijikan “Menyalahkan” | * Pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan klien lepas kendali dan mungkin mecoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan. * Klien mungkin mengalami dipermalukan oleh pengalaman sensori dan menarik diri dari orang lain. * Psikotik ringan | * Meningkatkan tanda-tanda sistem saraf otonom akibat ansietas (nadi, RR, TD) meningkat. * Penyempitan kemampuan untuk konsentrasi * Asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realita |
| Fase III: Controlling Ansietas berat  Pengalaman sensori menjadi berkuasa “Mengendalikan” | * Klien berhenti atau menghentikan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut * Isi halusinasi menjadi menarik, klien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusinasi berhenti * Psikotik | * Lebih cenderung mebgikuti petunjuk halusinasinya * Kesulitan berhubungan dengan orang lain * Rentang perhatian hanya dalam beberapa menit atau detik * Gejala fisik ansietas berat, berkeringat, tremor, tidak mampu mengikuti petunjuk |
| Fase VI: Conquering panik umunya menjadi melebur dalam halusinasinya. | * Pengalaman sensori menjadi mengancam jika klien mengikuti perintah halusinasi * Halusinasi berakhir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi terapiutik * Psikotik berat. | * Perilaku teror akibat panic * Potensial suicide atau homocide * Aktivitas fisik merefleksikan isi halusinasi seperti kekerasan, agitasi, menarik diri, katatonia * Tidak mampu merespon terhadap perintah yang kompleks * Tidak mampu merespon >1 orang |

* + 1. **Mekanisme Koping**

Mekanisme koping yang sering digunakan pada klien dengan halusinasi meliputi:

1. Regresi

Regresi berhubungan dengan proses informasi dan upaya yang dapat digunakan untuk meanggulangi ansietas. Energi yang tersisa untuk aktivitas sehari-hari tinggal sedikit, sehingga klien menjadi malas beraktivitas sehari-hari.

1. Proteksi

Di dalam hal ini, klien mencoba menjelaskan tentang gangguan persepsi dengan mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain atau suatu benda.

1. Menarik Diri

Klien akan sulit percaya dengan orang lain dan asyik dengan stimulus internal.

1. Keluarga mengingkari masalah yang dialami klien (Muhith Abdul, 2015).
   * 1. **Rentang Respon**

Halusinasi merupakan gangguan dari persepsi sensori, sehingga halusinasi merupakan gangguan dari respon neurobiologi. Oleh karena itu, secara keseluruhan rentang respon halusinasi mengikuti kaidah rentang respon neurobiology (Yusuf, A.H, 2015). Berikut rentang respon neurobiologis menurut Stuart dan Laria (2001) dalam buku (Azizah Lilik M, Zainuri I, 2016).

**Respon Adaptif Respon Psikososial Respon Maladaptif**

1. Pikiran logis 1. Kadang-kadang 1. Waham

proses pikir terganggu

1. Persepsi akurat 2. Ilusi 2. Halusinasi
2. Emosi konsisten 3. Emosi tidak 3. Kerusakan

dengan pengalaman stabil proses emosi

1. Perilaku cocok 4. Perilaku tidak 4. Perilaku tidak

biasa terorganisasi

1. Hubungan sosial 5. Menarik diri 5. Isolasi sosial

harmonis

Gambar 2.1 Rentang respon neurobiologis (Azizah Lilik M, Zainuri I, 2016).

Keterangan Gambar :

* + - 1. Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut.

1. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan
2. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyatan
3. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli
4. Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
   * + 1. Respon psikososial meliputi:
5. Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan
6. Ilusi adalah miss interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera
7. Emosi berlebihan atau berkurang
8. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran
9. Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.
   * + 1. Respon maladaptif meliputi :

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

1. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
2. Halusinasi merupakan definisian 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 yang tidak teratur.
5. Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.
   * 1. **Penatalaksanaan Medis Halusinasi**

Penatalaksanaan klien skizofrenia yang mengalami halusinasi menurut (Muhith Abdul, 2015) dalam buku Pendidikan Keperawatan Jiwa Teori dan Aplikasi adalah dengan cara pemberian obat-obatan dan tindakan lain, yaitu:

* 1. Psikofarmakologis, obat yang lazim digunakan pada gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala psikosis pada klien skizofrenia adalah obat anti fenotiazin asetofenazim (tindal), klorpromazim (thorazine), flufenazine (prolixine, permitil), mesorodazin (serentil), perfenazin (trilafon), proklorperazin (compazine), promazin (sparine), tioridazin (mellaril), trifluoperazin (stelazine), trifluopromazin (vesprin) 60-120 mg, tioksanten klorprotiksen (taracdol) 1-100 mg, dibenzodiazepin klozapin (clorazil) 300-900 mg, dibenzokasazepin loksapin (loxitane) 20-150 mg, dihidroindolon molindone (moban) 15-225 mg.
  2. Terapi kejang listrik/electro compulsive therapy (ECT)
  3. Terapi aktivitas kelompok (TAK)

Terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi (TAKSP) mengontrol halusinasi, dengan terapi tersebut klien yang mengalami halusinasi dapat mengontrol halusinasinya. Aktivitas digunakan untuk memberikan stimulasi pada sensasi klien, kemudian di observasi reaksi sensori klien berupa ekspresi emosi atau perasaan melalui gerakan tubuh, ekspresi muka, ucapan. TAK Stimulasi Persepsi membantu klien yang mengalami kemunduran orientasi dalam upaya memotivasi proses pikir serta mengurangi perilaku maladaptif. TAKSP mengontrol halusinasi terdiri dari 5 sesi, yaitu:

* + 1. Sesi 1: Klien mengenal halusinasi
    2. Sesi 2: Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
    3. Sesi 3: Mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain
    4. Sesi 4: Mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal
    5. Sesi 5: Mengontrol halusinasi dengan cara patuh minum obat.

## 2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan menjelaskan tentang bagaimana cara perawat dalam mengelola asuhan pada individu, keluarga, kelompok, dan komunitas dengan menggunakan pendekatan penyelesaian masalah yang sistematis dalam pemberian asuhan keperawatan. Saat ini proses keperawatan dijelaskan sebagai proses siklik lima bagian yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Damaiyanti M, 2012).

**2.4.1 Pengkajian**

Di dalam keperawatan, pengkajian merupakan pengumpulan data subjektif dan objektif secara sistematis dengan tujuan membuat penentuan untuk tindakan keperawatan bagi individu, keluarga, dan komunitas. Oleh karena itu maka dibutuhkan suatu format pengkajian yang dapat menjadi alat bantu perawat di dalam pengumpulan data yang meliputi data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Hal penting dalam fase pengkajian adalah ketrampilan komunikasi (verbal mauapun non-verbal) yang efektif dari perawat, dalam kaitanya dengan pengumpulan data langsung pada individu dan sumber lain (misal keluarga, anggota keluarga lain yang penting, dan profesional kesehatan lainnya) (Damaiyanti M, 2012). Isi pengkajian meliputi:

1. Identitas

Di dalam identitas berisikan nama, usia, alamat, pendidikan, pekerjaan, agama dan status perkawinan.

1. Alasan Masuk

Umumnya pasien halusinasi dibawa kerumah sakit karena keluarga merasa tidak mampu merawat, terganggu karena perilaku pasien dan hal lain, gejala lain yang muncul saat di rumah sehingga pasien dibawa kerumah sakit untuk mendapatkan perawatan dan biasanya klien masuk dengan alasan perilaku yang berubah dari biasanya misalnya marah-marah sendiri, tertawa sendiri ataupun terkadang juga berbicara sendiri.

1. Faktor Predisposisi
   1. Faktor Perkembangan

Hambatan perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stres dan ansietas yang dapat berakhir dengan gangguan persepsi. Pasien mungkin menekan perasaannya sehingga pematangan fungsi intelektual dan emosi tidak efektif.

* 1. Faktor Sosial budaya

Berbagai faktor di masyarakat yang membuat seseorang merasa disingkirkan atau kesepian, selanjutnya tidak dapat diatasi sehingga timbul akibat berat seperti delusi dan halusinasi.

* 1. Faktor Biologis

Struktur otak yang abnormal ditemukan pada pasien gangguan orientasi realitas, serta dapat ditemukan atropik otak, pembesaran ventikal, perubahan besar, serta bentuk sel kortikal dan limbik.

* 1. Faktor Psikologis

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

* 1. Faktor Genetik

Gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi umumnya ditemukan pada pasien skizofrenia. Skizofrenia ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami skizofrenia, serta akan lebih tinggi jika kedua orang tua skizofrenia (Yusuf, A.H, 2015).

1. Faktor Presipitasi

Stressor presipitasi pada klien dengan halusinasi ditemukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan-kegagalan dalam hidup, kemsikinan, adanya aturan atau tuntutan dikeluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan klien serta konflik antar masyarakat (Sutejo, 2019).

1. Pemeriksaan Fisik

Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien.

1. Psikososial
2. 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
   * + - 1. Gambaran diri

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

* + - * 1. Identitas diri

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

* + - * 1. Fungsi peran

Tugas atau peran klien dalam keluarga/pekerjaan/kelompok masyarakat, kemampuan klien dalam melaksanakan 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 sosial

Tanyakan siapa orang terdekat di kehidupan klien tempat mengadu,berbicara, minta bantuan, atau dukungan. Serta tanyakan organisasi yang di ikuti dalam kelompok/masyarakat. Klien dengan halusinasi cenderung tidak mempunya orang terdekat, dan jarang mengikuti kegiatan yang ada dimasyarakat. Lebih senang menyendiri dan asyik dengan isi halusinasinya.

1. Spiritual

Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah/menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan. Apakah isi halusinanya mempengaruhi keyakinan klien dengan Tuhannya.

1. Status Mental
2. Penampilan

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

1. Pembicaraan

Klien dengan halusinasi cenderung suka berbicara sendiri, ketika di ajak bicara tidak fokus. Terkadang yang dibicarakan tidak masuk akal.

1. Aktivitas motorik

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

1. Alam perasaan

Keadaan emosional yang berkepanjangan yang dapat memepengaruhi seluruh kepribadian dan fungsi kehidupan.

1. Afek emosi

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

1. Interaksi selama wawancara

Klien dengan halusinasi cenderung tidak kooperatif (tidak dapat menjawab pertanyaan pewawancara dengan spontan) dan kontak mata kurang (tidak mau menatap lawan bicara) mudah tersinggung.

1. Persepsi-sensori
2. Jenis halusinasi

Halusinasi visual, suara, pengecap, kinestetik, visceral, histerik, hipnogogik, hipnopompik, perintah.

1. Isi

Dapat dikaji dengan menanyakan suara siapa yang didengar dan apa yang dikatakan, jika halusinasi yang di alami adalah halusinasi dengar. Bentuk bayangan bagaimana yang dilihat klien bila jenis halusinasinya adalah halusinasi penglihatan. Bau apa yang tercium bila halusinasinya adalah halusinasi penghidu. Rasa apa yang dikecap untuk halusinasi pengecapan. Merasakan apa di permukaan tubuh bila halusinasi yang dialami adalah halusinasi perabaan.

1. Waktu.

Perawat perlu mengkaji waktu munculnnya halusinasi yang di alami pasien. Kapan halusinasi terjadi? apakah pagi, siang, sore, malam? Jika muncul biasanya pukul berapa?

1. Frekuensi

Frekuensi terjadinnya apakah terus-menerus atau hanya sekali-kali, kadang-kadang, jarang atau sudah tidak muncul lagi. Dengan mengetahui frekuensi terjadinnya halusinasi dapat di rencanakan frekuensi tindakan untuk mencegah terjadinnya halusinasi. Pada klien halusinasi sering kali mengalami halusinasi pada saat klien tidak memiliki kegiatan/saat melamun maupun duduk sendiri.

1. Situasi yang menyebabkan munculnnya halusinasi

Situasi terjadinnya apakah ketika sendiri, atau setelah terjadi kejadian tertentu? Hal ini dilakukan untuk menentukan intervensi khusus pada waktu terjadi halusinasi, menghindari situasi yang menyebabkan munculnnya halusinasi, sehingga pasien tidak larut dengan halusinasinya.

1. Respons terhadap halusinasi

Untuk mengetahui apa yang dilakukan pasien ketika halusinasi itu muncul. Perawat dapat menananyakan kepada pasien hal yang dirasakan atau atau dilakukan saat halusinasi itu timbul. Perawat juga dapat menannyakan kepada keluargannya atau orang terdekat pasien.selain itu dapat juga dengan mengobservasi perilaku pasien saat halusinasi timbul. Pada klien halusinasi sering kali marah, mudah tersinggung, merasa curiga pada orang lain.

1. Proses Pikir

Mengalami dereistik yaitu bentuk pemikiran yang tidak sesuai dengan kenyataan yang ada atau tidak mengikuti logika secara umum (tak ada sangkut pautnya antara proses individu dan pengalaman yang sedang terjadi). Klien yang mengalami halusinasi lebih sering was-was terhadap hal-hal yang dialaminya.

1. Isi Pikir

Selalu merasa curiga terhadap suatu hal dan depersonalisasi yaitu perasaan yang aneh/asing terhadap diri sendiri,orang lain, lingkungan sekitarnya. Berisikan keyakinan berdasarkan penilaian non realistis.

1. Tingkat Kesadaran

Pada klien halusinasi sering kali merasa bingung, apatis (acuh tak acuh).

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 Konsentrasi dan Berhitung

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

1. Kemampuan Penilaian
2. Gangguan ringan: dapat mengambil keputusan secara sederhana baik dibantu orang lain/tidak.
3. Gangguan bermakna: tidak dapat mengambil keputusan secara sederhana cenderung mendengar/melihat ada yang di perintahkan.
4. Daya Tilik Diri

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

1. Kebutuhan Pulang
2. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan

Tanyakan apakah klien mampu atau tidak mampu memenuhi kebutuhannya sendiri seperti makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian, istirahat dan tidur, penggunaan obat, pemeliharaan kesehatan, aktivitas dirumah, aktivitas diluar rumah.

1. Kegiatan hidup sehari-hari
2. Perawatan diri

Pada klien halusinasi tidak mampu melakukan kegiatan hidup sehari-hari seperti mandi, kebersihan, ganti pakaian secara mandiri perlu bantuan minimal.

b. Tidur

Klien halusinasi cenderung tidak dapat tidur yang berkualitas karena kegelisahan, kecemasan akan hal yang tidak realita.

1. Kemampuan klien lain-lain

Klien tidak dapat mengantisipasi kebutuhan hisupnya, dan membuat keputusan.

1. Klien memiliki sistem pendukung

Klien halusinasi tidak memiliki dukungan dari keluarga maupun orang sekitarnya karena kurangnya pengetahuan keluarga bisa menjadi penyebab. Klien dengan halusinasi tidak mudah untuk percaya terhadap orang lain selalu merasa curiga.

1. Klien menikmati saat bekerja/kegiatan produktif/hobi

Klien halusinasi merasa menikmati pekerjaan,kegiatan yang produktif karena ketika klien melakukan kegiatan berkurangnya pandangan kosong.

1. Mekanisme Koping

Biasanya pada klien halusinasi cenderung berprilaku maladaptif, seperti mencederai diri sendiri dan orang lain di sekitarnnya. Malas beraktifitas, perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain, mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus intenal.

1. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Biasannya pada klien halusinasi mempunyai masalah di masa lalu dan mengakibatkan dia menarik diri dari masyarakat dan orang terdekat.

1. Aspek Pengetahuan

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

1. Aspek Medis

Memberikan penjelasan tentang diagnostik medik dan terapi medis. Pada klien halusinasi terapi medis seperti Haloperidol (HLP), Clapromazine (CPZ), Trihexyphenidyl (THP). Terapi klien bisa berupa terapi farmakologi, ECT, Psikotest, terapi okupasional, TAK, dan rehabilitas.

**2.4.2 Pohon Masalah**

Effect

Resiko Tinggi Perilaku Kekerasan

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi

Core Problem

Cause

Isolasi Sosial

Gambar 2.2 Pohon masalah gangguan persepsi sensori : halusinasi (Azizah Lilik M, Zainuri I, 2016).

**2.4.3 Diagnosa**

Diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan data subyektif dan obyektif yang ditemukan pada pasien (Keliat, 2011). Menurut Stuart dan Laira (2005) dalam buku (Muhith Abdul, 2015) klien yang mengalami halusinasi dapat kehilangan kontrol dirinya sehingga bisa membahayakn dirinya, orang lain maupun lingkungan. Hal ini terjadi apabila halusinasi sudah sampai pada fase IV, dimana klien mengalami panik dan perilakunya dikendalikan oleh isi halusinasinya. Selain masalah yang diakibatkan oleh halusinasi, klien biasanya juga mengalami masalah-masalah keperawatan yang menjadi penyebab munculnya halusinasi. Masalah-masalah tersebut antara lain harga diri rendah dan isolasi sosial.

1. Perubahan persepsi sensori; halusinasi pendengaran
2. Isolasi sosial
3. Resiko tinggi perilaku kekerasan

**2.4.4 Rencana Keperawatan**

Perencanaan keperawatan terdiri dari tiga aspek, yaitu tujuan umum, tujuan khusus, dan rencana tindakan keperawatan. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian permasalahan (P) secara umum. Tujuan khusus merupakan rumusan kemampuan yang perlu dicapai atau dimiliki klien. Umumnya, kemampuan klien pada tujuan khusus dapat dibagi menjadi tiga aspek (Stuart & Laraia 2001), yaitu kemampuan kognitif, psikomotor dan kemampuan afektif yang perlu dimiliki agar klien percaya pada kemampuan menyelesaikan masalah. Kata kerja yang digunakan untuk menuliskan tujuan ini harus berfokus pada perilaku (Azizah Lilik M, Zainuri I, 2016).

|  |  |
| --- | --- |
| **STRATEGI PELAKSANAAN** | |
| SP 1 PASIEN | SP 1 KELUARGA |
| 1. Mengidentifikasi jenis halusinasi 2. Mengidentifikasi isi halusinasi 3. Mengidentifikasi waktu halusinasi 4. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi 5. Mengidentifikasi situasi halusinasi 6. Mengidentifikasi respon halusinasi 7. Mengajarkan klien menghardik 8. Menganjurkan klien memasukkan cara menghardik ke dalam kegiatan harian | 1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien. 2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala halusinasi, serta proses terjadinya halusinasi. 3. Menjelaskan cara merawat klien dengan halusinasi. |
| SP 2 PASIEN | SP 2 KELUARGA |
| 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian 2. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. 3. Menganjurkan klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian. | 1. Melatih keluarga memperaktikan cara merawat klien dengan halusinasi. 2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien halusinasi. |
| SP 3 PASIEN | SP 3 KELUARGA |
| 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian. 2. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan harian. 3. Menganjurkan klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian. | 1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat 2. Menjelaskan follow up klien setelah pulang. |
| SP 4 PASIEN |  |
| 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian. 2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur. 3. Menganjurkan klien memasukan kedalam kegiatan harian. |  |

Tabel 2.3 intervensi pada gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran (Damaiyanti M, 2012).

**2.4.5 Implementasi**

Sebelum tindakan keperawatan diimplementasikan perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan yang ditetapkan masih sesuai dengan kondisi pasien saat ini (*here and now*). Perawat juga perlu mengevaluasi diri sendiri apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan. Setelah tidak ada hambatan lagi, maka tindakan keperawatan bisa diimplementasikan.

Saat memulai untuk implementasi tindakan keperawatan, perawat harus membuat kontrak dengan pasien dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta pasien yang diharapkan. Kemudian penting untuk diperhatikan terkait dengan standar tindakan yang telah ditentukan dan aspek legal yaitu mendokumentasikan apa yang telah dilaksanakan (Yusuf, A.H, 2015).

**2.4.6 Evaluasi**

Evaluasi adalah tindakan berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus-menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dibagi dua, yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakn tindakan, evaluasi hasil sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon klien dan tujuan khusus serta umum yang telah dilakukan. Evaluasi dapat dilakukan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir yaitu:

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan menanyakan “ Bagaimana perasaan ibu setelah latihan nafas dalam?”

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku klien pada saat tindakan dilakukan atau menanyakan kembali apa yang telah diajarkan atau memberi umpan balik sesuai dengan hasil observasi.

A : Analis ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap muncul masalah baru atau ada data yang kontraindikasi dengan masalah yang ada. Dapat pula membandingkan hasil dengan tujuan.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respon klien yang terdiri dari tindak lanjut klien dan tindak lanjut oleh perawat.

Rencana tindak lanjut dapat berupa:

* + - 1. Rencana diteruskan jika masalah tidak berubah.
      2. Rencana dimodifikasi jika masalah tetap dan semua tindakan telah dijalankan, tetapi hasil belum memuaskan (Azizah Lilik M, Zainuri I, 2016).

# BAB 3

# TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksaan, dan evaluasi pada tanggal 28 Januari sampai dengan 30 Januari 2020 di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

* 1. **Pengkajian**

Ruangan Rawat : Ruang VI Tanggal Dirawat : 25-01-2020

* + 1. **Identitas**

Pasien merupakan seorang perempuan bernama Ny. R, umur 38 tahun, klien tinggal di Surabaya, klien beragama Kristen, pendidikan terakhirnya adalah Sekolah Menengah Atas (SMA), bahasa yang digunakan sehari-hari adalah bahasa Indonesia, klien sudah bercerai dengan suaminya. Klien adalah anak keempat dari 5 bersaudara, klien dirawat di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Tanggal dirawat 25 Januari 2020 dengan nomor rekam medis 57.XX.XX.

* + 1. **Alasan Masuk**

Pasien mengatakan 2 hari tidak bisa tidur karena mendengar suara laki-laki yang menyuruh memukul keluarganya tetapi ia berusaha mengacuhkan suara tersebut. Selama itu ia mondar-mandir, gelisah, marah-marah. Pada tanggal 25 Januari pasien masuk rumah sakit di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan diantar saudaranya yang nomer 3. Berdasarkan rekam medis, pada alasan masuk keluarga mengatakan klien 2 hari tidak tidur, marah-marah, mondar-mandir, gelisah, dan bicara sendiri.

* + 2. **Faktor Predisposisi**
       1. Saat pengkajian pasien mengatakan pernah mengalami gangguan jiwa sekitar 5 tahun yang lalu. Klien mengatakan sudah 3x dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur, dan sudah 2x dirawat di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
       2. Pengobatan Sebelumnya

Pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien dinyatakan sembuh oleh dokter, tetapi penyakit pasien kambuh kembali sebab pasien jarang minum obat dan kontrol.

* + - 1. Pengalaman

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam rumah tangga, maupun tindakan kriminal.

**Masalah Keperawatan : Ketidakefektifan regimen terapeutik**

* + - 1. Saat ditanya apakah ibu mempunyai saudara atau keluarga yang sakit seperti ibu sekarang? “pasien mengatakan tidak ada.”

**Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

* + - 1. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien mengatakan bahwa klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan pada waktu ia bekerja, klien pernah ditipu oleh teman kerjanya hingga menghabiskan uang jutaan rupiah. Klien juga mengatakan, jika klien bertemu dengan seorang yang menipunya klien akan memukulnya. Klien berbicara dengan nada agak marah.

**Masalah Keperawatan: Resiko perilaku kekerasan**

* + 1. **Pemeriksaan Fisik**
       1. Tanda vital: TD : 120/80 N : 92x/menit S : 36.8o

P : 19x/menit

* + - 1. Ukur: TB : 153 cm BB : 94 kg
      2. Keluhan Fisik : Klien mengatakan tidak ada keluhan, sehat-sehat saja

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

* + 1. **Psikososial**
       1. Genogram

X

X

Gambar 3.1 Genogram Ny. R

**Keterangan:**

Laki-laki

Perempuan

Meninggal

Pasien

Tinggal serumah

Penjelasan :

Pasien merupakan anak ke 4 dari 5 bersaudara. Pasien sudah bercerai dengan suaminya dan tidak memiliki anak selama menikah. Pasien tinggal serumah dengan kakaknya yang nomer 3 juga dengan suami kakaknya dan kedua anak kakaknya. Pengambilan keputusan dikeluarga adalah kakaknya, pasien tidak memiliki masalah baik dari orang tua, dan saudaranya.

* + - 1. Konsep Diri
         1. Gambaran diri:

Pasien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuhnya dan ia bersyukur memiliki tubuh yang normal dan tidak ada keterbatasan fisik. Pasien juga mengatakan anggota tubuh saya sang pencipta yang menciptakan anggota tubuh saya dengan sempurna karena itu saya suka dengan semua bagian tubuh saya.

* + - * 1. Identitas

Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang perempuan berusia 38 tahun dan seorang janda. Pasien juga mengatakan bahwa ia bernama RMN senang bila dipanggil R. Pendidikan terakhirnya SMA, ia tinggal di Surabaya.

* + - * 1. Peran

Peran pasien adalah seorang anak ke empat, dan adik. Perannya selama dirumah membantu kakaknya yang membuka usaha laundry.

* + - * 1. Ideal Diri

Pasien mengatakan setelah sembuh dan keluar dari rumah sakit ia ingin bekerja sebagai penjaga toko seperti dulu. Pasien juga ingin menikah lagi dan mempunyai anak.

* + - * 1. Harga Diri

Pasien mengatakan malu dengan kondisinya saat ini yang sudah menjadi janda, tidak mempunyai anak.

**Masalah Keperawatan : Harga diri rendah**

* + - 1. Hubungan sosial :
  1. Orang yang berarti :

Saat ditanya siapa orang yang sangat berarti? Pasien menjawab “orang yang berarti adalah keluarga, terutama ibu saya yang sekarang sedang sakit.”

* 1. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat :

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien hanya dirumah saja tidak pernah mengikuti kegiatan yang ada di kampungnya dan saat masuk rumah sakit pasien mengikuti senam, pasien juga berkumpul/bergabung dengan teman-temannya untuk bercanda dan untuk mengikuti kegiatan-kegiatan yang ada di rumah sakit.

* 1. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

Pasien mengatakan saat dirumah saja tidak pernah keluar rumah karena ia tidak percaya diri. Pasien keluar rumah hanya saat beribadah di gereja.

**Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial**

* + - 1. Spiritual
  1. Nilai dari keyakinan :

Pasien mengatakan ia beragama kristen.

* 1. Kegiatan ibadah :

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit ia ke gereja setiap hari sabtu, tetapi saat di rumah sakit karena hanya ada musholla maka ia melakukan ibadah dengan cara berdoa setiap pagi dengan teman yang sama-sama beragama kristen.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

* + 1. **Status Mental**

1. Penampilan

Saat pengkajian di dapatkan penampilan pasien rapi. Rambut pasien terlihat bersih, disisir dan diberi bando.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Pembicaraan

Saat pengkajian pasien menjawab dengan suara cepat, ia bercerita tentang keluarga dan masalahnya.

**Masalah Keperawatan :**

1. Aktivitas Motorik

Saat berada di rumah sakit pasien terlihat melakukan kegiatan sesuai dengan kemampuan. Pasien tampak mondar-mandir.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Alam perasaan

Ketika ditanya tentang suaminya pasien mengatakan “saya merasa sangat sedih setelah saya sudah bercerai dengan suami saya.”

**Masalah Keperawatan : Ansietas**

1. Afek

Tumpul. Saat berinteraksi ekspresi wajah pasien hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat. Ketika pasien ditanya tentang ibu dan keluarganya pasien tampak senang.

**Masalah Keperawatan: Hambatan interaksi sosial**

1. Interaksi selama wawancara

Pasien kooperatif, kotak mata (+), dan menjawab dengan relevan

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Persepsi Halusinasi

Pasien mengalami halusinasi pendengaran. Saat ditanya tentang isi halusinasinya pasien mengatakan mendengar suara laki-laki yang menyuruh memukul keluarganya. Halusinasinya itu datang di waktu siang dan malam, muncul saat pasien sedang sendirian dan melamun. Untuk frekuensinya sering, respon pasien saat suara itu muncul adalah marah-marah dan klien merasa terganggu oleh suara-suara tersebut**.**

**Masalah Keperawatan : Halusinasi pendengaran**

1. Proses Pikir

Pasien bisa menjawab pertanyaan sesuai dengan yang ditanyakan.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Isi Pikir

Pasien tidak memiliki masalah waham

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Tingkat Kesadaran

Saat pasien ditanya tempat dan waktu pasien mengatakan “Saat ini saya berada di rumah sakit Dr. Ramelan Surabaya, hari ini hari selasa tanggal 28 Januari tahun 2020 jam setengah sepuluh.”

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Memori

Jangka panjang: saat ditanya kapan ayah Ny. R meninggal ? Pasien mengatakan “ayah saya meninggal 15 tahun yang lalu.” Dan pasien mampu mengingat kejadian masa lalunya seperti saat ia jatuh dari sepeda dan kakinya terluka saat akan disuntik ia lari karena ia takut dengan jarum suntik.

Jangka pendek: saat ditanya kapan keluarga ibu berkunjung ? Pasien mengatakan “Kemarin siang kakak saya kesini.”

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

1. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien mudah beralih. Pasien dapat berhitung dan menjawab pertanyaan dengan benar yaitu pasien dapat berhitung uang 700.000 dibuat beli gelang seharga 300.000 sisa uang ada 400.000 dan saat ditanya dimana rumahnya, pasien mengatakan “Rumah saya di simo kwagean kuburan nomer 76 A mbak, deket banyuurip sana”.

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

1. Kemampuan Penilaian

Pasien tidak mengalami gangguan pada kemampuan penilaian. Saat ditanya seandainya ibu menemukan barang teman ibu, walaupun ibu menyukai barang tersebut, apa yang akan ibu lakukan? Pasien mengatakan “saya kembalikan mbak, karena dosa mengambil barang yang bukan milik kita.”

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Daya tilik diri

Pasien mengatakan mengetahui kalau dirinya itu sakit, tapi pasien tidak mengetahui dirinya itu sakit apa. Saat ditanya apakah ibu tahu kenapa ibu berada disini? Pasien menjawab “Disini itu rumah sakit, tapi sebenarnya saya ini tidak gila mbak karena saya ini masih bisa berfikir kan kalau orang gila tidak bisa berfikir mbak.”

**Masalah Keperawatan : Gangguan proses pikir**

* + 1. **Kebutuhan Pulang**

1. Kemampuan klien memenuhi/menyediakan kebutuhan

Pasien mampu memenuhi kebutuhan makan dan pakaian secara mandiri dan untuk kebutuhan lainnya (keamanan, uang, perawatan kesehatan, transportasi dan tempat tinggal) sudah dari pihak rumah sakit.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Kegiatan hidup sehari-hari
2. Perawatan diri:

Dalam perawatan diri, sehari-hari pasien mandi sendiri sehari dua kali, ganti baju 2x/sehari, pasien keramas 2 hari sekali, rambutnya rapi disisir. Untuk pemenuhan makan pasien mau ambil sendiri di tempat pembagian makan. Untuk ADL lainnya pasien mampu secara mandiri dan bisa tapi masih dengan motivasi dari perawat.

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

1. Nutrisi:

Pasien mengatakan selama dirawat disini makanannya enak. Pola makan pasien teratur 3 kali sehari ditambah kudapan sehari 1 kali, habis setiap makan. Berat badan yang awalnya 92 kg naik menjadi 94 kg. Pasien waktu makan tidak memisahkan diri, makan bersama pasien yang lain.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Tidur

Selama tidur tidak ada masalah, dan selalu merasa segar setelah bangun tidur. Pasien mengatakan terbangun saat tidur jika ingin BAK saja. Pasien mengatakan tidak terbiasa tidur siang. Waktu tidur malam jam 20.00 WIB waktu bangun tidur jam 05.00 WIB.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Kemampuan klien

Pasien mampu mengantisipasi kebutuhan sendiri dan mampu membuat keputusan berdasarkan keinginannya sendiri, pasien mengerti waktu untuk minum obat tapi penggunaan obat dan pemeriksaan kesehatan pasien belom mampu untuk melakukannya sendiri. Pasien mengatakan saat di rumah sakit ia rutin minum obat saat pagi dan malam hari.

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

1. Sistim pendukung

Pasien memiliki sistem pendukung dari terapis (dokter dan perawat) yang merawat. Sistem pendukung dari keluarga juga ada yaitu kakaknya yang mengunjunginya. Pasien mempunyai 1 teman akrab, yaitu teman yang beragama sama dengan pasien.

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

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

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien membantu kakaknya yang membuka usaha laundry, ia membantu menjemur pakaian yang basah. Selama di rawat di ruang VI pasien hanya beraktivitas seperti mandi, makan, berdoa setiap pagi, menonton tv, menulis, minum obat, bermain congklak, dan tidur.

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

* + 1. **Mekanisme Koping**

Mekanisme koping adaptif pasien tidak ada masalah. Pasien mengatakan saat ia ada masalah maka ia akan membicarakannya dengan kakaknya.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

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

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik

Pasien mengatakan tidak mengikuti kegiatan kelompok, pasien hanya mengikuti interaksi social seperti senam dan TAK.

1. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik

Pasien mampu berinteraksi dengan lingkungannya, jika diajak mengobrol dengan perawat pasien mampu berinteraksi dengan baik. Pasien juga dapat berinteraksi dengan baik terhadap teman dekatnya.

1. Masalah dengan pendidikan, spesifik

Pasien mengatakan lulusan SMA.

1. Masalah dengan pekerjaan, spesifik

Pasien mengatakan bekerja di tempat usaha laundry milik kakaknya, ia bagian menjemur pakaian.

1. Masalah dengan perumahan, spesifik

Pasien mengatakan tinggal bersama kakaknya, suami kakaknya dan anak-anak kakaknya.

1. Masalah ekonomi, spesifik

Pasien mengatakan kebutuhan hidup sehari-hari sering terpenuhi, dan yang membiayainya selama perawatan dirumah sakit adalah kakaknya.

1. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik

Pasien mengatakan jika sakit pasien berobat ke puskesmas atau dokter praktek.

1. Masalah lainya, spesifik

Tidak ada masalah.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

* + 1. **Pengetahuan Kurang Tentang**

Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit jiwa, dan akibat yang akan timbul apabila ia tidak minum obat secara teratur.

**Masalah Keperawatan : Kurang pengetahuan**

* + 1. **Data Lain-Lain**

### Tidak ada hasil laboratorium, dam pemeriksaan penunjang lainnya

* + 1. **Aspek Medik**

1. Diagnosa Medik : F20.0 skizofrenia paranoid
2. Terapi Medik :
3. Risperidone 2x2 mg (1-0-1)
4. Hexymer 2x2 mg (1-0-1)
5. Clozapin 1x25 mg (0-0-1)
   * 1. **Daftar Masalah Keperawatan**
6. Ketidakefektifan regimen terapeutik
7. Resiko perilaku kekerasan
8. Harga diri rendah
9. Ansietas
10. Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran
11. Gangguan proses pikir
12. Kurang pengetahuan
13. Isolasi Sosial
14. Hambatan interaksi sosial
    * 1. **Daftar Diagnosa Keperawatan**

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

* 1. **Pohon Masalah**

Akibat

Resiko Perilaku Kekerasan

Gangguan Persepsi Sensori:

Halusinasi Pendengaran

Halusinasi Pendengaran

Masalah Utama

Isolasi Sosial

Halusinasi Pendengaran

Penyebab

Gambar 3.2 Pohon Masalah Pada Ny. R Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

* 1. **Analisa Data**

NAMA : Ny. R NIRM : 57.XX.XX RUANGAN : Ruang VI

Tabel 3.1 Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | Data | Masalah | TTD |
| 1. | DS:   * Pasien mengatakan mendengar suara seorang laki-laki yang menyuruh memukul keluarganya tetapi ia berusaha mengacuhkannya. * Bisikan itu datang di waktu siang dan malam, muncul saat pasien sedang sendiri dan melamun. * Untuk frekuensinya sering. * Respon pasien saat suara itu muncul adalah marah-marah dan klien merasa terganggu oleh suara-suara tersebut.   DO :  Pasien tampak mondar-mandir, gelisah, terkadang terlihat berbicara sendiri | Halusinasi pendengaran | Adelia |
| 2 | DS:  Pasien mengatakan jika ia bertemu dengan seseorang yang menipunya klien akan memukulnya  DO:  Pasien berbicara dengan nada agak marah, pasien marah-marah dan tampak gelisah | Resiko perilaku kekerasan | Adelia |
| 3 | DS:  Pasien mengatakan saat dirumah tidak pernah keluar rumah karena ia tidak percaya diri. Pasien keluar rumah hanya saat beribadah ke gereja.  DO:  Pasien tampak khawatir | Isolasi Sosial | Adelia |

* 1. **Rencana Keperawatan**

Nama Klien : Ny. R Nama Mahasiswa : Adelia Octavidya

NIRM : 57.XX.XX Institusi : Stikes Hang Tuah Surabaya

Bangsal/Tempat : Ruang VI

Tabel 3.2 Intervensi Keperawatan

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal | Diagnosa  Keperawatan | Perencanaan | | Intervensi | Rasional |
| Tujuan | Kriteria Hasil |
| 1 | 28-01-2020 | Gangguan Persepsi sensori : Halusinasi pendengaran | SP 1  Klien dapat mengenali halusinasi yang dialami dan klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik.  SP 2 :  Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara yang kedua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain.  SP 3 :  Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara yang ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal.  SP 4 :  Klien mengikuti program pengobatan secara teratur.  SP 1 Keluarga :  Keluarga dapat terlibat dalam perawatan klien jika sudah pulang ke rumah maupun di rumah sakit.  SP 2 Keluarga :  Keluarga dapat mengetahui cara merawat klien dengan halusinasi langsung di hadapan pasien.  SP 3 Keluarga :  Membantu perencanaan pulang bersama keluarga. | SP 1   1. Klien menunjukkan ekspresi wajah bersahabat  * Ada kontak mata * Mau berjabat tangan * Mau menjawab salam * Mau menyebutkan nama * Mau duduk berdampingan dengan perawat * Mau mengutarakan masalah yang dihadapi.  1. Klien menyebutkan : waktu, isi, dan frekuensi situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi, serta respon dari halusinasi. 2. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik. 3. Klien dapat memasukkan cara   menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian.  SP 2 :  Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.  SP 3 :  Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan terjadwal.  SP 4 :  Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara minum obat dan klien dapat menyebutkan nama/ jenis obat, warna obat, waktu obat diminum, fungsi obat dan efek samping obat yang diminum.  SP 1 Keluarga:  Keluarga mengetahui penyakit yang diderita oleh klien dan keluarga mengerti tentang pengertian, jenis, tanda dan gejala, serta proses terjadinya halusinasi dan keluarga juga mengerti tentang bagaimana cara merawat klien dengan halusinasi.  SP 2 Keluarga:  Keluarga mampu merawat lansung klien dengan halusinasi.  SP 3 Keluarga  Keluarga mampu melanjutkan jadwal aktifitas klien selama di rumah sakit jika sudah pulang ke rumah. | SP 1 :   1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik  * Sapa klien dengan ramah * Tanyakan nama lengkap klien, dan nama panggilan yang disukai * Jelaskan tujuan pertemuan * Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya * Beri perhatian pada klien dan penuhi kebutuhan klien.  1. Identifikasi halusinasi klien. 2. Ajarkan kepada klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 3. Anjurkan klien memasukkan cara menghardik halusinasi ke dalam jadwal kegiatan harian klien.   SP 2:   1. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain 3. Anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.   SP 3 :   1. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien. 2. Latih klien mengendalikan halusinasinya dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan klien) 3. Anjurkan klien memasukkan dalam kegiatan harian.   SP 4 :   1. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien. 2. Berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur 3. Anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.   SP 1 Keluarga:   1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien 2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, jenis halusinasi serta prose terjadinya halusinasi. 3. Menjelaskan cara merawat klien dengan keluarga.   SP 2 Keluarga:   1. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat klien dengan halusinasi 2. Memberi kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat klien halusinasi secara langsung dihadapan klien.   SP 3 Keluarga   1. Membantu keluarga membentuk jadwal aktiftas di rumah termasuk minum obat 2. Menjelaskan follow up klien setelah pulang. | Menjalin kepercayaan klien terhadap perawat.  Untuk mengetahui isi, waktu, frekuensi, situasi dan konsisi yang menimbulkan halusinasi serta respon dari halusinasi.  Menghardik halusinasi adalah upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul.  Klien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memedulikan halusinasinya.  Ketika klien bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi, fokus perhatian klien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain .  Membantu klien dalam mengalihkan halusinasi yang dialami klien.  Obat merupakan salah satu cara untuk menghilangkan suara-suara yang muncul dalam halusinasi selain itu juga untuk merilekskan klien serta menenangkan pikiran klien.  Agar keluarga mampu menjadi menjadi pendukung yang efektif bagi klien dengan halusinasi baik saat di rumah maupun di rumah sakit.  Agar keluarga mampu merawat klien dengan halusinasi nanti jika klien sudah pulang ke rumah.  Agar keluarga tau kegiatan apa yang harus dilakukan klien jika klien pulang dan tidak lupa untuk memberikan obat. |

* 1. **Tindakan Keperawatan**

NAMA : Ny. R NIRM : 57.XX.XX RUANGAN : Ruang VI

Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TANGGAL** | **DX KEP** | **IMPLEMENTASI** | **EVALUASI** | **TTD** |
| 28/01/2020  10.00-10.15 wib | Gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran | SP 1   1. Membina hubungan saling percaya. 2. Mengidentifikasi jenis halusinasi klien. 3. Mengidentifikasi isi halusinasi klien. 4. Mengidentifikasi waktu halusinasi klien. 5. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien. 6. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi 7. Mengidentifikasi respons klien terhadap halusinasi. 8. Mengidentifikasi empat cara cara untuk mencegah halusinasi 9. Mengajarkan klien menghardik halusinasi. 10. Menganjurkan klien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian. | S :  Klien mengatakan “Nama saya RMN, senang dipanggil R asal saya dari Surabaya. Baik mbak saya mau diajak mengobrol”  “Saya mendengar suara laki-laki yang menyuruh memukul keluarga saya, tetapi saya berusaha mengacuhkannya. Suara itu muncul bisa siang atau malam dan sering, munculnya saat saya sedang sendiri dan melamun. Respon saya saat suaranya datang saya marah-marah dan saya merasa terganggu dengan suara tersebut”  “Jadi caranya ada menghardik, berakap-cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan terjadwal, dan minum obat secara teratur ya mbak”  “Baik mbak, nanti kalau suara itu muncul lagi saya akan mencoba cara menghardik seperti yang mbak ajarkan tadi dengan mengatakan begini kan mbak “pergi saya tidak mau dengar...kamu suara palsu jangan ganggu saya”  “Iya mbak nanti cara yang mbak ajarkan akan saya lakukan dan saya latih kembali agar saya tidak lupa. Saya mau mbak kalau latihannya jam 10 pagi”  O : Klien mau berjabat tangan, kontak mata ada, klien kooperatif. Klien tidak pernah menolak jika di ajak ngobrol oleh perawat. Klien juga mau menjawab salam dari perawat. Klien dapat menjawab isi, waktu, frekuensi, situasi, dan respon halusinasi. Klien dapat mendemonstrasikan cara menghardik halusinasi sesuai yang diajarkan mahasiswa.  A : Secara kognitif, afektif, dan psikomotor klien mampu mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, dan respon halusinasi. Klien mampu menyebutkan empat cara mencegah halusinasi serta mampu mendemonstrasikan cara menghardik halusinasi sesuai yang diajarkan mahasiswa.  P :  Pasien : Berlatih menghardik setiap jam 10.00 pagi dan memasukkan ke dalam kegiatan harian. Membuat kontrak hari Rabu 29/01/2020.  Perawat : Mengevaluasi SP 1 cara menghardik halusinasinya, dilanjutkan ke SP 2 melatih klien bercakap-cakap dengan orang lain. | Adelia |
| 29/01/2020  10.00-10.20 wib | Gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran | 1. Mengevaluasi SP 1 : Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi   SP 2 :   1. Melatih mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. 2. Menganjurkan klien memasukkan kegiatan bercakap-cakap dengan orang lain dalam jadwal kegiatan harian. | S:  Klien mengatakan “Saya masih ingat mbak, begini kan caranya “pergi saya tidak mau dengar...kamu suara palsu jangan ganggu saya” tadi malam suaranya muncul lagi mbak terus saya melakukan cara yang diajarkan mbak kemarin, saya lakukan terus sampai suaranya hilang”  “Saya setiap hari sudah bercakap-cakap dengan teman-teman disini mbak, tapi saya lebih sering bercakap-cakapnya dengan Y karena dia agamanya sama dengan saya dan setiap pagi kita berdoa bersama di kamarnya dia”  “Iya mbak nanti saya lakukan cara yang bercakap-cakap kalau suaranya muncul lagi”  O: Klien tampak bercakap-cakap bersama temannya dengan tenang, tidak gelisah, kontak mata ada, dan klien kooperatif.  A: Secara kognitif, afektif, dan psikomotor klien mampu menghardik halusinasi. Klien mampu bercakap-cakap dengan temannya atau perawat untuk mengendalikan halusinasi.  P:  Pasien : Berlatih cara menghardik halusinasi dan bercakap cakap sebelum tidur atau saat tidak beraktivitas yang dilakukan setiap hari selama 30 menit. Membuat kontrak hari Kamis 30/01/2020  Perawat : Mengevaluasi SP 1 dan 2 cara menghardik halusinasi dan bercakap-cakap dengan orang lain, dilanjutkan ke SP 3 melatih klien melakukan kegiatan yang biasa dilakukan klien. | Adelia |
| 30/01/2020  09.00-09.20 wib | Gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran | Sp 3   1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan klien) 3. Menganjurkan klien memasukkan kegiatan kebiasaan dirumah ke dalam jadwal kegiatan harian | S :  Klien mengatakan “Saya sudah melakukan jadwal kegiatan seperti biasanya mbak. Pagi tadi saya bangun jam 5 mandi, setelah mandi saya makan sama teman-teman, setelah makan saya berdoa seperti biasanya dengan Y lalu saya menonton tv dan ngobrol dengan mas S, Y, bu R, dan mbak R”  “Kalau dirumah biasanya saya bantu-bantu kakak saya mbak, kan kakak saya punya usaha laundry nanti saya yang bagian jemur-jemur pakaiannya gitu”  “Iya mbak saya disini juga nyuci baju”  O : Klien menyebutkan kegiatan harian yang sudah dilaksanakan, klien terlihat melakukan jadwal kegiatan yang sudah ditulis, kontak mata ada, klien kooperatif.  A : Secara kognitif, afektif, dan psikomotor klien mampu menyebutkan kegiatan harian yang sudah dilaksanakan, klien mampu memasukkan kegiatan dalam jadwal yang dibuat.  P :  Pasien : Berlatih cara menghardik halusinasi, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan harian. Kontrak waktu jam 12.00  Perawat : Mengevaluasi SP 1, 2, dan 3, lanjut mengajarkan klien tentang minum obat secara teratur. | Adelia |
| 30-01-2020  12.00-12.10 wib | Gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran | Sp 4   1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai penggunaan obat secara teratur 3. Menganjurkan klien memasukkan penggunaan obat secara teratur ke dalam jadwal kegiatan harian | S :  Klien mengatakan  “Saya sudah melakukan jadwal kegiatan dari pagi mbak, tadi saya habis main congklak sama temen mbak kalau main catur saya gak bisa. Saya juga sudah makan siang mbak, makannya tadi habis tadi pagi juga sudah minum obat”  “Saya minum obat 3 macam mbak, obat yang saya minum itu warnanya orange, putih dan satunya lagi kayak warna merah jambu gitu mbak”  “Saya disini minum obatnya cuma 2x mbak pas pagi sama malam”  “Jadi orang yang sakit seperti saya ini harus minum obatnya teratur ya mbak supaya sakitnya ga kambuh, sekarang saya sudah tau mbak”  “Iya mbak kalau sudah tau seperti ini saya akan minum obat teratur, saya gak mau kalau kembali disini lagi enak dirumah kumpul sama keluarga”  O : Kontak mata ada, klien kooperatif, klien mengerti tentang hal yang sudah dijelaskan  A : Secara kognitif, afektif, pskomotor klien mampu menjelaskan 3 macam obat yang diminum, klien mampu menjelaskan waktu pemberian obat yaitu saat pagi dan malam hari, klien mampu memasukkan jadwal penggunaan obat secara teratur ke dalam jadwal kegiatan harian.  P : Intervensi dihentikan klien mengerti tentang obat-obat yang diminumnya dan memasukkannya di jadwal kegiatan harian. | Adelia |

# 

# BAB 4

# PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan jiwa masalah utama gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran pada Ny. R dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 28 Januari 2020 sampai dengan 30 Januari 2020. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini di mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

* 1. **Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap paling awal dalam proses keperawatan yang penulis lakukan guna mendapatkan informasi untuk pengumpulan data. Penulis melakukan pengkajian pada klien Ny. R dengan melakukan anamnesa pada klien, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pada tahap pengkajian klien, perawat mengawali dengan melakukan bina hubungan saling percaya dengan cara memperkenalkan diri dan menjelaskan maksud penulis pada klien serta maksud dan tujuan dari tindakan yang akan dilakukan sehingga klien dapat terbuka dan mengerti serta kooperatif. Data yang dikumpulkan mencakup keluhan utama, riwayat kesehatan jiwa, pengkajian psikososial, dan pengkajian status mental. Teknik pengumpulan data mengunakan wawancara dengan klien dan dari rekam medis di rumah sakit.

Pengkajian pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran pada Ny. R dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dilakukan pada tanggal 28 Januari 2020 pada pukul 09.00 wib, pengkajian dilakukan melalui wawancara serta dari rekam medis klien adapun pengkajian yang dilakukan ke klien meliputi :

1. Identitas

Pada tinjauan pustaka meliputi : 1) Nama, 2) Usia, 3) Alamat, 4) Pendidikan, 5) Pekerjaan, 6) Agama, dan 7) Status perkawinan. Sedangkan di tinjauan kasus penulis mendapatkan data tentang pasien. Nama Ny. R usia 38 tahun, pendidikan terakhirnya SMA, beragama Kristen, dan pasien sudah bercerai dengan suaminya. Pasien masuk rumah sakit tanggal 25 Januari 2020, tanggal pengkajian 28 Januari 2020, nomer register 57.XX.XX.

Asumsi penulis pada identitas tidak ada kesenjangan, pada identitas sesuai dengan pasien.

1. Alasan Masuk

Pasien mengatakan 2 hari tidak bisa tidur karena mendengar suara laki-laki yang menyuruh memukul keluarganya tetapi ia berusaha mengacuhkan suara tersebut. Selama itu ia mondar-mandir, gelisah, marah-marah. Pada tanggal 25 Januari pasien masuk rumah sakit di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan diantar saudaranya yang nomer 3. Berdasarkan rekam medis, pada alasan masuk keluarga mengatakan klien 2 hari tidak tidur, marah-marah, mondar-mandir, gelisah, dan bicara sendiri. Alasan masuk ini sesuai dengan tanda dan gejala halusinasi yang disebutkan (Keliat, 2019) yaitu mendengar suara orang bicara tanpa ada orangnya, bicara sendiri, tertawa sendiri, sulit tidur, mondar-mandir. Pada Ny. R hanya mengalami beberapa tanda dan gejala yaitu mendengar suara orang bicara tanpa ada orangnya, bicara sendiri, tertawa sendiri, sulit tidur, mondar-mandir. Tidak ditemukan adanya disorientasi waktu, tempat, orang, atau situasi dan juga klien mampu merawat diri. Klien juga dapat mengontrol halusinasi.

Asumsi penulis terdapat kesenjangan antara tinjaun teori dan tinjauan kasus dan dapat disimpulkan bahwa pasien dengan halusinasi tidak selalu mengalami tanda gejala yang sama seperti yang ditampilkan dalam tinjauan teori, tetapi sesuai dengan yang dialami oleh pasien.

1. Faktor Predisposisi

Pada tinjauan teori didapatkan faktor yang berakibatkan atau berpengaruh terhadap halusinasi adalah faktor perkembangan klien terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stres. Faktor sosiokultural sesorang yang merasa tidak diterima dilingkungannya sejak bayi akan merasa diasingkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungan. Faktor biokimia adalah adanya stres yang berlebihan dialami seseorang maka dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusnogenik neurokimia. Faktor psikologi adalah dipengaruhi pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenagan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

Dalam tinjauan kasus didapatkan pasien mengalami gangguan jiwa pada tahun 2015, pasien sudah berobat di dua tempat yaitu Rumah Sakit Jiwa Menur, dan RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Pengobatan sebelumnya tidak berhasil karena klien tidak rutin megkonsumsi obat dan jarang kontrol. Waktu ditanya apakah keluarga ada yang mengalami sakit seperti pasien atau tidak pasien menjawab tidak ada anggota keluarganya yang mengalami sakit seperti pasien.

Asumsi penulis tidak ada kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan teori dikarenakan saat pengkajian dalam tinjauan kasus terdapat pengobatan tidak berhasil dan jarang kontrol sedangkan dalam tinjauan teori terdapat beberapa faktor yaitu faktor perkembangan, faktor sosiokultural, faktor biokimia, dan faktor psikologi.

1. Psikososial
   1. Konsep Diri

Dalam tinjauan pustaka pada pasien dengan halusinasi didapatkan gambaran diri klien dengan halusinasi tidak puas akan dirinya sendiri, merasa bahwa klien tidak berguna. Ideal diri pada klien dengan halusinasi cenderung tidak peduli dengan diri sendiri maupun sekitarnya. Pada harga diri klien dengan halusinasi cenderung menerima diri tanpa syarat meskipun telah melakukan kesalahan, kekalahan, dan kegagalan ia tetap merasa dirinya sangat berharga.

Pada Ny. R pada saat dikaji di gambaran diri klien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuhnya dan ia bersyukur memiliki tubuh tubuh yang normal dan tidak ada keterbatasan fisik. Di identitas diri klien mengatakan berjenis kelamin perempun, klien mengatakan anak ke 4 dari 5 bersaudara yang berusia 38 tahun, status janda, di peran klien mengatakan selama di rumah sakit Ny. R berperan sebagai pasien di Ruang VI Rumkital Dr. Ramelan Surabaya selama di rumah sakit kegiatan klien adalah tidur, berkumpul dengan teman-temannya, terkadang membersihkan kamarnya. Ideal diri klien mengatakan setelah sembuh dan keluar dari rumah sakit ia ingin bekerja menjadi penjaga toko seperti dulu, serta di harga diri klien mengatakan malu dengan kondisinya saat ini yang sudah menjadi janda, tidak mempunyai anak. Klien mengalami harga diri rendah.

Asumsi penulis dalam hal ini mengalami kesenjangan karena pada tinjauan teori pada gambaran diri klien tidak puas akan dirinya, pada ideal diri klien tidak peduli dengan diri sendiri maupun sekitarnya, dan pada harga diri klien merasa dirinya sangat berharga. Sedangkan pada tinjaun kasus pada gambaran diri klien merasa puas akan dirinya, pada ideal diri klien peduli dengan keadaan dan lingkungannya, dan pada harga diri klien malu dengan kondisinya saat ini sehingga klien mengalami harga diri rendah.

* 1. Spiritual

Secara spiritual klien halusinasi di mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri (Damaiyanti M, 2012). Dalam tinjauan kasus saat pengkajian klien mengatakan melakukan ibadah dengan cara berdoa setiap pagi.

Asumsi penulis dalam hal ini terjadi kesenjangan antara teori dan kasus, karena klien masih dapat melakukan kegiatan spiritual dengan cara berdoa di pagi hari.

1. Status Mental

Penampilan:

Dalam tinjauan teori pada salah satu tanda dan gejala halusinasi menurut (Keliat, 2019) pasien dengan halusinasi akan mengalami kurang mampu merawat diri. Dalam tinjauan kasus saat pengkajian di dapatkan penampilan pasien rapi. Rambut pasien terlihat bersih, disisir dan diberi bando. Gigi pasien tampak bersih, pasien mengatakan sikat gigi 2x/sehari. Mata pasien juga tampak bersih tidak ada kotoran. Kuku pasien pendek, rapi dan bersih. Tidak ada skabies pada kulit pasien. Pasien ganti pakaian sehari 2x setelah mandi, dan berpakain dengan benar dan semestinya.

Asumsi penulis hal ini mengalami kesenjangan, karena pada tinjauan teori pasien dengan halusinasi akan mengalami kurang mampu merawat diri sedangkan pada tinjauan kasus klien dapat merawat diri. Jadi tidak semua pasien halusinasi akan mengalami kurang kemampuan merawat diri.

1. Persepsi

Dalam tinjauan teori menurut (Yusuf, A.H, 2015) yang mengatakan di dalam data subjektif halusinasi dengar/suara yaitu mendegar suara menyuruh, melakukan sesuatu yang berbahaya dari data objektif terdapat data klien bicara atau tertawa sendiri.

Dalam tinjaun kasus pada saat pengkajian klien mengatakan dirinya mendengar suara laki-laki yang menyuruh memukul keluarganya, suara itu muncul pada siang dan malam hari dan sering, suara tersebut muncul saat klien sedang sendiri, respon klien marah-marah kepada keluarganya dan klien merasa terganggu oleh suara-suara tersebut. Terkadang klien masih sering mondar-mandir, berbicara sendiri dan tersenyum sendiri.

Asumsi penulis dalam hal ini tidak mengalami kesenjangan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus, apa yang dialami klien sama dengan yang ada pada tinjauan teori yaitu gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran seperti mendengar suara yang menyuruh, klien berbicara sendiri atau tertawa sendiri.

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

Menurut Carpenito (1998) dalam buku (Azizah Lilik M, Zainuri I, 2016), diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons aktual atau potensial dari individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan. Rumusan diagnosis yaitu Permasalahan (P) berhubungan dengan Etiologi (E) dan keduanya ada hubungan sebab akibat secara ilmiah. Perumusan diagnosis keperawatan jiwa mengacu pada pohon masalah yang sudah dibuat.

Pada tahap menentukan diagnosa, diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus adalah gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran. Dalam tahap diagnosa keperawatan tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus bahwa diagnosa dalam tinjauan pustaka adalah:

1. Risiko perilaku kekerasan (*effect*)

2. Gangguan persepsi sensori: halusinasi (*core problem*)

3. Isolasi sosial (*causa*)

Pada tinjauan kasus, saat dikaji klien mengatakan 2 hari tidak tidur selama itu ia mondar-mandir, gelisah, marah-marah, dan mendengar suara laki-laki yang menyuruh memukul keluarganya. Suara itu muncul pada siang dan malam hari saat klien sedang sendiri dan melamun, suara tersebut muncul 4-6 kali sehari kurang lebih selama 5 menit, respon klien yaitu marah-marah kepada keluarganya. Terkadang klien masih sering mondar-mandir, berbicara sendiri dan tersenyum sendiri. Dengan adanya pengkajian pada klien sehingga muncul diagnosa keperawatan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran ini sesuai dengan teori.

Dari tinjauan kasus didapatkan diagnosa keperawatan sebagai berikut:

1. Risiko perilaku kekerasan (*effect*) : dikarenakan pasien dirumah marah-marah sehingga dibawah ke RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

2. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran (*core problem*) : pasien mengatakan sering mendengar suara-suara yang menyuruh memukul keluarganya

3. Isolasi sosial (*causa*) : saat dirumah pasien hanya dirumah saja tidak pernah keluar rumah tetapi selama dirumah sakit pasien mengikuti kegiatan yang dijadwalkan di ruangan dan dapat berkomunikasi dengan teman-temannya, perawat, dan mahasiswa.

Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesenjangan, karena penulis mengangkat isolasi sosial sebagai penyebab awal terjadinya gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran karena dari pasien yang di kelola penulis setelah beberapa hari tidak ditemukan adanya isolasi sosial. Selama dirumah sakit pasien mengikuti kegiatan yang dijadwalkan di ruangan dan dapat berkomunikasi dengan teman-temannya, perawat, dan mahasiswa tetapi saat dirumah pasien hanya dirumah saja tidak pernah keluar rumah karena ia tidak percaya diri. Klien keluar rumah hanya saat beribadah di gereja

Menurut penulis Ny. R mengalami koping individu tidak efektif dikarenakan ia sudah bercerai dengan suaminya selama 5 tahun tetapi Ny. R masih belum bisa melupakan suaminya dan masi merasa sedih akibat perceraian tersebut. Penulis mengambil 1 masalah utama yang ditetapkan untuk dilakukan intervensi dan impementasi yaitu gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.

* 1. **Intervensi**

Dalam tinjauan pustaka dan tinjauan kasus sama-sama terdapat rencana keperawatan yang berfungsi untuk memandirikan klien. Disini penulis memberikan rencana keperawatan pada Ny. R yang mengalami gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran berupa strategi pelaksanaan yang bertujuan agar klien dapat mengenali halusinasi yang dialaminya, klien dapat mengidentifikasi empat cara cara untuk mencegah halusinasi, klien dapat mengontrol halusinansinya dengan cara menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, serta melakukan aktivitas terjadwal dan yang terakhir minum obat secara teratur.

Disini akan dijelaskan tujuan dari masing-masing strategi pelaksanaan di dalam rencana keperawatan sebagai berikut:

* + 1. SP 1 bertujuan untuk membantu klien mengenali halusinasinya yaitu mencakup isi halusinasi (apa yang didengar), waktu terjadinya halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul lalu respon klien saat halusinasi muncul. Melatih klien mengontrol halusinasi yaitu cara pertama dengan cara menghardik halusinasinya, menghardik adalah cara mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul. Pada SP 1 rencana keperawatan yang akan dilakukan adalah bina hubungan saling percaya, identifikasi halusinasi klien (jenis, waktu, isi, situasi, frekuensi, respon), ajarkan kepada klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halsuinasi, anjurkan klien memasukkan cara menghardik halusinasi ke dalam jadwal kegiatan harian klien.
    2. SP 2 yaitu melatih klien mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain disini dengan bercakap-cakap dengan orang lain dapat membantu mengontrol halusinasi karena ketika klien bercakap-cakap dengan orang lain fokus perhatian klien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain. Pada SP 2 rencana keperawatan yang akan dilakukan adalah evaluasi jadwal kegiatan harian klien, latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, dan anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
    3. SP 3 yaitu melakukan aktivitas terjadwal kegiatan ini bisa mengurangi resiko halusinasi muncul lagi karena dengan melakukan aktivitas secara terjadwal klien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri. Pada SP 3 rencana keperawatan yang akan dilakukan adalah evaluasi jadwal kegiatan harian klien, latih klien mengendalikan halusinasinya dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan klien), dan anjurkan klien memasukkan dalam kegiatan harian.
    4. SP 4 yaitu memberikan pendidikan kesehatan mengenai panggunaan obat secara teratur dan melatih klien minum obat secara teratur karena dengan minum obat secara teratur dapat mengontrol halusinasi, jika klien putus obat maka akan menyebabkan kekambuhan jika kekambuhan terjadi untuk mencapai kondisi yang seperti semula maka akan membutuhkan waktu yang lama. Pada SP 4 rencana keperawatan yang akan dilakukan adalah evaluasi jadwal kegiatan harian klien, berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur (jelaskan kegunaan obat, akibat jika putus obat, cara mendapat obat, cara minum obat dengan 5 prinsip benar), dan anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

Selain ada strategi pelaksanaan untuk klien ada pula strategi pelaksanaan untuk keluarga karena disini keluarga juga berperan penting dalam kesembuhan klien adapun strategi pelaksaan yang dilakukan untuk keluarga adalah sebagai berikut:

1. SP 1 keluarga bertujuan agar keluarga dapat terlibat dalam perawatan klien jika sudah pulang ke rumah maupun di rumah sakit. Pada SP 1 keluarga rencana keperawatan yang akan dilakukan adalah mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, jenis halusinasi serta prose terjadinya halusinasi, menjelaskan cara merawat klien dengan keluarga.
2. SP 2 keluarga bertujuan agar keluarga dapat mengetahui cara merawat klien dengan halusinasi langsung di hadapan pasien. Pada SP 2 keluarga rencana keperawatan yang akan dilakukan adalah melatih keluarga mempraktikkan cara merawat klien dengan halusinasi, memberi kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat klien halusinasi secara langsung dihadapan klien.
3. SP 3 keluarga bertujuan untuk membantu perencanaan pulang bersama keluarga. Pada SP 3 keluarga renacan keperawatan yang akan dilakukan adalah Membantu keluarga membentuk jadwal aktiftas di rumah termasuk minum obat, menjelaskan follow up klien setelah pulang. (Azizah Lilik M, Zainuri I, 2016).

Rencana keperawatan diatas dibuat agar bisa menjadi acuan dalam membuat implementasi mengenai asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran pada Ny. R dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Menurut penulis intervensi pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan semua direncanakan sesuai dengan teori, dalam perencanaan, ditetapkan prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil dan evaluasi yang ditetapkan mengacu pada SOAP (subjektif, objektif, assessment, planing) dan kriteria sesuai dengan kondisi klien.

* 1. **Implementasi**

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Implementasi yang akan dilakukan dengan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis *skizofrenia paranoid* pada Ny. R di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya mulai tanggal 28 Januari – 30 Januari 2020.

Pada tanggal 28 Januari 2020 jam 10.00-10.15 WIB dilaksanakan strategi pelasksaan (SP 1) untuk klien yang isinya mencakup : membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi halusinasi klien (jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, dan respons), mengidentifikasi empat cara cara untuk mencegah halusinasi, mengajarkan klien menghardik halusinasi, serta menganjurkan klien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian. Dalam pelaksanaan klien mau menyebutkan nama dan asalnya, klien mau diajak berdiskusi tentang halusinasinya, lalu klien juga mampu mengenali halusinasinya dengan menyebutkan jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, dan respon halusinasinya. pasien mampu dan bisa mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik dengan mengatakan “pergi saya tidak mau dengar...kamu suara palsu jangan ganggu saya”. Pasien juga memasukkan cara menghardik halusiansi ke dalam jadwal kegiatan harian setiap jam 10.00 pagi. Pada pelaksanaan SP 1 tidak ada hambatan, pasien kooperatif, pasien mampu menyebutkan dan menjelaskan tentang halusinasinya, pasien mampu menyebutkan empat cara untuk mengontrol halusinasi, pasien mampu mendemonstrasikan cara menghardik halusinasi sesuai yang diajarkan mahasiswa. Asumsi penulis pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan karena pasien bisa mengidentifikasi halusinasi, bisa mempraktikkan cara mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik halusinasi, dan juga memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Pada tanggal 29 Januari 2020 jam 10.00-10.20 WIB dilakukan strategi pelaksanaan yang kedua (SP 2) yang terdiri dari mengevaluasi SP 1 yaitu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi, melatih mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, serta menganjurkan klien memasukkan kegiatan bercakap-cakap dengan orang lain dalam jadwal kegiatan harian. Pasien mampu mengontrol halusinasinya menggunakan cara menghardik halusinasi dan memasukan kedalam jadwal harian pasien, pasien bisa mempraktikan cara bercakap-cakap dengan orang dan memasukan kedalam kegiatan harian setiap jam 09.00. Pada pelaksanaan SP 2 tidak ada hambatan, pasien kooperatif dan pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan bercakap-cakap degan orang lain. Asumsi penulis pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan karena pasien bisa mempraktikkan cara mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, dan juga memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Pada tanggal 30 Januari 2020 jam 09.00-09.20 WIB dilakukan tindakan strategi pelaksanaan yang ketiga (SP 3) yaitu kegiatannya sebagai berikut mengevaluasi jadwal kegiatan harian, melatih klien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan klien), menganjurkan klien memasukkan kegiatan kebiasaan dirumah ke dalam jadwal kegiatan harian. Pasien mampu melakukan cara menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, pasien biasa melakukan kegiatan pagi di ruangan seperti makan pagi bersama, senam, berdoa setiap pagi, menonton tv bersama teman-temannya, bermain congklak, dan pasien mampu membuat jadwal harian tiap pukul 07.00 dan 09.00. Pada pelaksanaan SP 3 tidak ada hambatan, pasien kooperatif dan pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan terjadwal dan memasukan kedalam jadwal kegiatan harian. Asumsi penulis pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan karena pasien bisa mempraktikkan cara mengontrol halusinasinya dengan cara memasukkan kegiatan kebiasaan dirumah ke dalam jadwal kegiatan harian dan pasien melakukannya.

Pada tanggal 30 Januari 2020 jam 12.00-12.10 WIB dilakukan strategi pelaksanaan yang keempat (SP 4) yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, memberikan pendidikan kesehatan mengenai penggunaan obat secara teratur, menganjurkan klien memasukkan penggunaan obat secara teratur ke dalam jadwal kegiatan harian. Pasien bisa mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan terjadwal. Pasien mengatakan selama di rumah sakit minum obat secara teratur dan bisa menyebutkan 3 macam obat yang diminum yaitu ada warna orange, putih dan merah jambu. Pasien mampu menjelaskan waktu pemberian obat yaitu saat pagi dan malam hari. Pelaksanaan SP 4 tidak ada hambatan, pasien kooperatif dan pasien mampu mengontrol halusinasinya menggunakan keempat cara tersebut. Asumsi penulis pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan karena pasien bisa mempraktikkan cara mengontrol halusinasinya dengan cara minum obat secara teratur, dan juga memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Menurut penulis tidak menemukan hambatan dan secara keseluruhan dalam melakukan tindakan yang dimulai dari SP 1 sampai SP 4, karena klien kooperatif, mampu mengingat, menjelaskan, dan memperagakan. Pada implementasi terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus karena pada SP keluarga penulis menemukan hambatan yaitu penulis tidak dapat bertemu dengan keluarga klien karena keluarga klien hanya menjenguk 1 kali yaitu pada tanggal 27 Januari 2020.

* 1. **Evaluasi**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan kepada Ny. R dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya didapatkan kesimpulan yaitu telah dilakukan tindakan keperawatan dari tanggal 28 Januari – 30 Januari 2020 kepada klien dengan cara yang pertama dilakukan adalah membina hubungan saling percaya setelah itu membantu klien agar mampu mengenal halusinasinya menjelaskan cara mengontrol halusinasinya, mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Pada tanggal 28 Januari 2020 saat dilakukan SP 1 klien mampu membina hubungan saling percaya, klien mengatakan “Nama saya RMN, senang dipanggil R asal saya dari Surabaya. Baik mbak saya mau diajak mengobrol” kemudian mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, serta respon halusinasi “Saya mendengar suara laki-laki yang menyuruh memukul keluarga saya, tetapi saya berusaha mengacuhkannya. Suara itu muncul bisa siang atau malam 4-6 kali dalam sehari mbak, lamanya kurang lebih 5 menit, munculnya saat saya sedang sendiri dan melamun. Respon saya saat suaranya datang saya marah-marah dan saya merasa terganggu dengan suara tersebut”. Lalu mengidentifikasi empat cara cara untuk mencegah halusinasi “Jadi caranya ada menghardik, berakap-cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan terjadwal, dan minum obat secara teratur ya mbak”. Klien juga sudah mampu mendemonstrasikan cara menghardik halusinasi, klien pun mau melakukan cara menghardik jika halusinasinya muncul kembali “Baik mbak, nanti kalau suara itu muncul lagi saya akan mencoba cara menghardik seperti yang mbak ajarkan tadi dengan mengatakan begini kan mbak “pergi saya tidak mau dengar...kamu suara palsu jangan ganggu saya” “Iya mbak nanti cara yang mbak ajarkan akan saya lakukan dan saya latih kembali agar saya tidak lupa. Saya mau mbak kalau latihannya jam 10 pagi” Klien juga sudah mampu mendemonstrasikan cara menghardik halusinasi, klien pun mau melakukan cara menghardik jika halusinasinya muncul kembali. Asumsi penulis pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan karena dilakukan menggunakan pendekatan SOAP. Pasien bisa mengidentifikasi halusinasinya (jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, dan respon), menyebutkan empat cara yang dapat dilakukan untuk mencegah halusinasi, mampu mendemonstrasikan cara menghardik halusinasi, dan memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian. Disini pasien kooperatif sehingga dalam pelaksanaan SP 1 tidak ada kendala, dan dapat dilakukan tindak lanjut untuk pasien.

Kegiatan selanjutnya pada tanggal 29 Januari 2020 dilakukan SP 2 yaitu mengevaluasi SP 1 : Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi “Saya masih ingat mbak, begini kan caranya “pergi saya tidak mau dengar...kamu suara palsu jangan ganggu saya” tadi malam suaranya muncul lagi mbak terus saya melakukan cara yang diajarkan mbak kemarin, saya lakukan terus sampai suaranya hilang”, kemudian mengajarkan klien untuk bercakap-cakap dengan orang lain “Saya setiap hari sudah bercakap-cakap dengan teman-teman disini mbak, tapi saya lebih sering bercakap-cakapnya dengan Y karena dia agamanya sama dengan saya dan setiap pagi kita berdoa bersama di kamarnya dia”. Disini perawat tidak mengalami kesulitan karena pada dasarnya klien pun sudah mampu berkomunikasi dengan teman-temannya dan perawat yang ada diruangan tersebut dan klien cukup kooperatif didalam hal ini. Asumsi penulis pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan karena dilakukan menggunakan pendekatan SOAP. Pasien dapat mengevaluasi SP 1 cara menghardik halusinasi, selama di ruangan pasien juga sudah bercakap-cakap dengan pasien lainnya. Disini pasien kooperatif sehingga dalam pelaksanaan SP 2 tidak ada kendala, dan dapat dilakukan tindak lanjut untuk pasien.

Setelah SP 2 teratasi lalu pada tanggal 30 Januari 2020 dilakukan tindakan SP 3 dan SP 4 yaitu melakukan kegiatan aktivitas terjadwal “Saya sudah melakukan jadwal kegiatan seperti biasanya mbak. Pagi tadi saya bangun jam 5 mandi, setelah mandi saya makan sama teman-teman, setelah makan saya berdoa seperti biasanya dengan Y lalu saya menonton tv dan ngobrol dengan mas S, Y, bu R, dan mbak R. Kalau dirumah biasanya saya bantu-bantu kakak saya mbak, kan kakak saya punya usaha laundry nanti saya yang bagian jemur-jemur pakaiannya gitu. Saya disini juga nyuci baju” disini perawat juga tidak kesulitan karena klien cukup aktif untuk mengikuti kegiatan yang ada di ruangan misalnya pada hari selasa klien sudah mengikuti senam pagi yang rutin dilaksanakan oleh ruangan. Pada hari yang sama klien diajarkan tentang minum obat secara teratur disini klien juga sudah mengerti, klien mampu menjelaskan ada 3 macam obat yang diminum “Saya minum obat 3 macam mbak, obat yang saya minum itu warnanya orange, putih dan satunya lagi kayak warna merah jambu gitu mbak”, klien mampu menjelaskan waktu pemberian obat yaitu saat pagi dan sore hari “Saya disini minum obatnya cuma 2x mbak pas pagi sama malam”, klien mampu memasukkan jadwal penggunaan obat secara teratur ke dalam jadwal kegiatan harian “Iya mbak kalau sudah tau seperti ini saya akan minum obat teratur, saya gak mau kalau kembali disini lagi enak dirumah kumpul sama keluarga”. Namun didalam kegiatan ada yang tidak sesuai dengan rencana yaitu perawat tidak bisa melakukan kegiatan strategi pelaksanaan pada keluarga karena keluarga klien hanya dijenguk 1x oleh keluarganya yaitu pada tanggal 27 Januari 2020. Asumsi penulis pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan karena dilakukan menggunakan pendekatan SOAP. Pasien kooperatif sehingga dapat dilakukan SP 3 dan SP 4. Untuk SP 3 pasien mampu melakukan kegiatan terjadwal, dan untuk SP 4 pasien mampu menyebutkan macam obat, warna obat yang diminum, dan waktu minum obat. Pasien juga memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Menurut penulis pada evaluasi hari pertama sampai hari ketiga masalah teratasi karena pasien dapat melakukan SP 1 sampai SP 4 dan pasien kooperatif sehingga semua SP dapat terselesaikan, namun didalam kegiatan ada yang tidak sesuai dengan rencana yaitu penulis tidak bisa melakukan kegiatan strategi pelaksanaan pada keluarga karena keluarga klien hanya dijenguk 1x oleh keluarganya yaitu pada tanggal 27 Januari 2020.

# 

# BAB 5

# PENUTUP

Setelah melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa secara langsung pada klien dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran pada Ny. R dengan diagnosa medis *skizofrenia paranoid* di Ruang VI RSPAL Dr. RSPAL Surabaya, maka saya dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan jiwa khususnya pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.

* 1. **Kesimpulan**

Dari hasil uraian yang telah membahas tentang asuhan keperawatan pada klien dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : Halusinasi, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian keperawatan jiwa masalah utama gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran pada Ny. R dengan diagnosa medis *skizofrenia paranoid* di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya didapati bahwa Halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, artinya klien menginterpretasikan sesuatu yang nyata tanpa stimulus/rangsang dari luar. Respon dari halusinasi ini dapat menimbulkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan, penangan klien dengan halusinasi pendengaran perlu dilakukan secara tepat oleh perawat sekaligus tim medis yang lainnya.
2. Pada penegakan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran pada Ny. R dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya didapatkan 9 masalah keperawatan antara lain yaitu ketidakefektifan regimen terapeutik, resiko perilaku kekerasan, harga diri rendah, ansietas, gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran, gangguan proses pikir, kurang pengetahuan, isolasi sosial, hambatan interaksi sosial.
3. Rencana keperawatan yang diberikan kepada klien dan keluarga klien. Strategi yang diberikan kepada klien ada 4 strategi pelaksanaan yaitu SP 1 bertujuan untuk membantu klien mengenali halusinasinya yaitu mencakup isi halusinasi (apa yang didengar), waktu terjadinya halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul lalu respon klien saat halusinasi muncul. Melatih klien mengontrol halusinasi yaitu cara pertama dengan cara menghardik halusinasi, SP 2 yaitu melatih klien mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, SP 3 yaitu melakukan aktivitas terjadwal, dan SP 4 yaitu dengan cara melatih klien minum obat secara teratur karena dengan minum obat secara teratur dapat menghilangkan suara-suara yang muncul dalam halusinasi klien. Ada pula strategi pelaksanaan yang ditujukan untuk keluaraga yaitu memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala halusinasi, cara-cara merawat klien halusinasi. melatih keluarga praktik merawat klien dengan halusinasi langsung dihadapan klien, memberi kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat klien dengan halusinasi langsung dihadapan klien dan yang terakhir membuat perencanaan pulang bersama keluarga.
4. Implementasi dilakukan mulai tanggal 28 Januari – 30 Januari 2020 dengan menggunakan rencana yang telah dibuat. Selama 3 hari ini klien sudah mampu untuk mengontrol halusinasinya dengan 4 cara yang telah direncanakan. Pada hari pertama klien mau mengikuti perawat untuk mengenali halusinasinya yang terdiri dari jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, dan respon halusinasi. Pasien juga mau mengikuti perawat cara menghardik halusinasi, dan pasien juga melakukannya ketika suara-suara tersebut muncul. Pertemuan kedua klien diajarkan untuk bercakap-cakap dengan orang lain klien melakukan dengan baik. Pertemuan ketiga klien melakukan aktivitas terjadwal, serta pertemuan yang terakhir klien minum obat secara teratur.
5. Evaluasi didapatkan hasil bahwa klien sudah mampu untuk mengenal halusinasinya klien juga mampu mengontrol halusinasinya dengan menggunakan cara menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain klien lakukan setiap hari setiap waktu senggang serta melakukan aktivitas terjadwal juga sudah klien lakukan serta pertemuan yang terakhir klien minum obat secara teratur.
6. Pendokumentasian kegiatan dilakukan setiap hari setelah melakukan strategi pelaksanaan, yang didokumentasikan adalah pendapat klien atau data subjektif yang dikatakan klien, data objektif yang bisa di observasi setiap harinya, lalu assessment dan yang terakhir adalah planning atau tindak lanjut untuk hari berikutnya.
   1. **Saran**

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

1. Akademis, sebagai reverensi bagi institusi khususnya dalam hal asuhan keperawatan jiwa masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dengan diagnosis medis Skizofrenia Paranoid.
2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :
3. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit
4. Hasil studi kasus ini dapat memberikan review atau penyegaran kembali kepada perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pasien jiwa masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dengan diagnosis medis Skizofrenia Paranoid.
5. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menambah kemampuan dalam menganalisa, memproses dan menyimpulkan serta menambah wawasan bagi peneliti selanjutnya yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan jiwa masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dengan diagnosis medis Skizofrenia Paranoid.

1. Bagi profesi kesehatan

Memberikan pemahaman secara rutin dan kesinambungan terhadap organisasi keperawatan bagi profesi pada asuhan keperawatan jiwa masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dengan diagnosis medis Skizofrenia Paranoid.

# DAFTAR PUSTAKA

Azizah Lilik M, Zainuri I, A. A. (2016) *BUKU AJAR KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA Teori dan Aplikasi Praktik Klinik*. PERTAMA. YOGYAKARTA: INDOMEDIA PUSTAKA.

Damaiyanti M, I. (2012) *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.

Keliat, B. A. (2011) *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas*. Jakarta: EGC.

Keliat, B. A. (2019) *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

Maslim, R. (2013) *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III dan DSM-5*. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atma Jaya.

Muhith Abdul (2015) *Pendidikan Keperawatan Jiwa Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: CV ANDI OFFSET.

Nasir A, Muhith. A. (2011) *Dasar-dasar Keperawatan Jiwa Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika.

Nurarif Amin Huda, K. H. (2015) *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NIC -NOC Edisi Revisi Jilid 3*. Jogjakarta: MediAction.

Nyumirah S (2014) ‘KLIEN HALUSINASI DI RUANG SADEWA DI RS DR . H MARZOEKI MAHDI BOGOR Sri Nyumirah emosional , psikologis , dan sosial yang memuaskan perilaku dan koping individu dalam Videback 2008 ). Gangguan jiwa terhadap stressor dari dalam dan luar perasaan dan perilak’, pp. 1–13.

Pinedendi, N. *et al.* (2016) ‘Pengaruh Penerapan Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri Terhadap Kemandirian Personal Hygiene Pada Pasien Di Rsj. Prof. V. L. Ratumbuysang Manado Tahun 2016’, *Jurnal Keperawatan*, 4(2).

Prabowo Eko (2014) *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Sutejo (2019) *Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

Sutinah (2016) ‘PENERAPAN STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN DAN TAK STIMULUS PERSEPSI TERHADAP KEMAMPUAN MENGONTROL HALUSINASI’, 3, pp. 183–187.

Yosep, I. (2011) *Keperawatan Jiwa Edisi Revisi*. Bandung: PT Refika Aditama.

Yusuf, A.H, F. R. (2015) *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

# Lampiran 1

# STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DIANGNOSA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN

# SP 1

Nama Pasien : Ny. R Pertemuan: Ke-1/Hari Pertama

Umur : 38 Tahun Waktu : 28 Januari / 10.00-10.15 WIB

1. **PROSES KEPERAWATAN**
2. Kondisi Klien

Klien tampak mondar-mandir, gelisah, ada kontak mata, klien kooperatif, terkadang masih terlihat tertawa sendiri

1. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

1. Tujuan Khusus

SP 1 :

* Klien dapat membina hubungan saling percaya
* Klien dapat mengenal halusinasinya
* Klien dapat mengontrol halusinasi

1. Tindakan Keperawatan

* Bina hubungan saling percaya
* Membantu pasien untuk mengidentifikasi isi, jenis, waktu, situasi, frekuensi, respon pasien terhadap halusinasi
* Mengidentifikasi empat cara cara untuk mencegah halusinasi
* Mengajarkan pasien cara menghardik halusinasi
* Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan dalam jadwal kegiatan harian.

1. **STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**
2. Orientasi
3. Salam Terapeutik

“Selamat pagi bu. Perkenalkan nama saya Adelia Octavidya, biasa dipanggil Adel. Saya mahasiswi dari Stikes Hang Tuah Surabaya. Saya praktik disini selama 5 hari. Nama ibu siapa? Senang di panggil siapa? Asal ibu darimana?”

**“Nama saya RMN, senang dipanggil R asal saya dari Surabaya.”**

1. Evaluasi/Validasi

“Bagaimana perasaan Ny. R hari ini? Apa keluhan ibu hari ini? Masih ingat ada kejadian apa sampai Ibu dibawa kesini?”

**“Saya mendengar suara laki-laki yang menyuruh memukul keluarga saya”**

1. Kontrak:
2. Topik:

“Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang sesuatu yang ibu dengar?”

**“Baik mbak saya mau diajak mengobrol”**

1. Tempat:

“Dimana kita bisa ngobrol bu? Di ruang tengah?”

“**Iya mbak disini saja”**

1. Waktu:

“Ibu berkenan berapa lama? Bagaimana kalau 15 menit?”

**“Iya mbak 15 menit saja”**

1. Kerja

“Apakah Ny. R mendengar suara tanpa ada wujudnya?”

**“Iya mbak”**

“Nah, suara yang sering Ny. R dengar itu namanya halusinasi pendengaran. Halusinasi adalah suara yang membisiki atau yang didengar oleh Ibu tetapi tidak ada orangnya atau tidak tampak wujudnya. Tapi Ibu jangan khawatir, karena saya akan membantu Ibu untuk menghilangkan suara-suara tersebut!”

“Apa yang dikatakan suara tersebut? Apakah suara itu terdengar sewaktu-waktu atau terus-menerus? Kapan paling sering Ibu mendengar suara itu? Pada keadaan apa atau kondisi apa suara itu terdengar? Apa yang Ibu lakukan jika suara tersebut muncul?”

**“Saya mendengar suara laki-laki yang menyuruh memukul keluarga saya, tetapi saya berusaha mengacuhkannya. Suara itu muncul bisa siang atau malam dan sering, munculnya saat saya sedang sendiri dan melamun. Respon saya saat suaranya datang saya marah-marah dan saya merasa terganggu dengan suara tersebut”**

“Bagaimana kalau sekarang kita belajar cara-cara untuk mencegah suara itu muncul, ada 4 cara untuk mencegah suara-suara itu muncul. Pertama, denganmenghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal. Dan ke empat meminum obat secara teratur”. “Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik halusinasi. Caranya adalah saat suara–suara itu muncul, langsung Ny. R bilang pergi saya tidak mau dengar….saya tidak mau dengar ! Kamu suara palsu ! Begitu diulang-ulang sampai suara tidak terdengar lagi.”

**“Jadi caranya ada menghardik, berakap-cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan terjadwal, dan minum obat secara teratur ya mbak” “Baik mbak, nanti kalau suara itu muncul lagi saya akan mencoba cara menghardik seperti yang mbak ajarkan tadi dengan mengatakan begini kan mbak “pergi saya tidak mau dengar...kamu suara palsu jangan ganggu saya”**

1. Terminasi
2. Evaluasi respon klien terhadap kegiatan tindakan
3. Subjektif

“Bagaimana perasaan Ny. R setelah memperagakan latihan tadi ? kalau suara-suara itu muncul lagi, silahkan mencoba cara tersebut !”

**“Senang mbak. Iya mbak nanti cara yang mbak ajarkan akan saya lakukan dan saya latih kembali agar saya tidak lupa”**

1. Objektif

“Ny. R coba ulangi kita belajar apa saja tadi ?”

**“Cara menghardik mbak”**

1. Tindak Lanjut Klien

“Ny. R bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya untuk menghardik halusinasi. Bagaimana kalau besok latihannya jam 10 pagi?”

**“Saya mau mbak kalau latihannya jam 10 pagi”**

1. Kontrak yang akan datang
2. Topik:

“Sekarang waktunya sudah habis, bagaimana kalau besok saya datang kembali untuk latihan mengendalikan suara-suara dengan cara yang kedua?”

**“Iya mbak”**

1. Waktu:

“Ny. R bisanya jam berapa? Bagaimana kalau kita mengobrol 20 menit?” Besok bagaimana kalau pukul 10.00 wib, apakah Ibu setuju?”

**“Iya saya mau mbak”**

1. Tempat:

“Besok kita ngobrol dimana? Bagaimana kalau disini lagi? Baiklah saya pamit dulu ya Bu selamat pagi.”

**“Iya disini saja, selamat pagi”**

# STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DIANGNOSA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN

# SP 2

Nama Pasien : Ny. R Pertemuan: Ke-2/Hari Kedua

Umur : 38 Tahun Waktu : 29 Januari / 10.00-10.20 WIB

1. **PROSES KEPERAWATAN**
2. Kondisi Klien

Klien sedang berkumpul dengan temannya di kamarnya, klien tampak tenang, ada kontak mata dan klien kooperatif.

1. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

1. Tujuan Khusus

SP 2:

* Pasien mampu mengevaluasi cara mengahardik halusinasi dan jadwal kegiatan harian.
* Pasien mampu mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.
* Pasien mampu memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

1. Tindakan Keperawatan

* Membantu pasien untuk melaksanakan aktivitas terjadwal
* Melatih pasien bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul
* Membantu pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian

1. **STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**
2. Orientasi
3. Salam Terapeutik

“Selamat pagi bu. Masih ingat saya? Nama saya siapa? Bagaimana semalam tidurnya nyenyak apa tidak ?”

**“Selamat pagi mbak, masi ingat mbak Adel kan. Nyenyak mbak”**

1. Evaluasi/Validasi

“Apa ibu masih ingat cara menghardik halusinasi yang saya ajarkan kemarin?”

**“Saya masih ingat mbak, begini kan caranya “pergi saya tidak mau dengar...kamu suara palsu jangan ganggu saya”**

“Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai cara yang kita latih kemarin?”

**“Tadi malam suaranya muncul lagi mbak terus saya melakukan cara yang diajarkan mbak kemarin, saya lakukan terus sampai suaranya hilang”**

1. Kontrak
2. Topik

“Bagaimana kalau kita latihan cara yang kedua untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain?”

**“Iya mbak boleh”**

1. Waktu

“Untuk waktunya bagaimana kalau 20 menit? Apakah Ibu setuju?”

**“Iya mbak”**

1. Tempat

“Baiklah Ny. R, apakah kita mengobrolnya di ruang tengah lagi Bu? Baiklah, Ibu silahkan duduk.”

**“Iya disini saja mbak seperti kemarin”**

1. Kerja

“Ny. R cara kedua untuk mencegah/mengontrol halusinasi adalah dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Jadi kalau Ny. R mendengar suara-suara, langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol. Minta teman untuk ngobrol dengan Ny. R contohnya begini, “tolong saya mulai dengar suara-suara, ayo ngobrol dengan saya!” atau kalau ada orang di rumah, misalnya saudara dirumah coba Ny. R lakukan seperti saya tadi lakukan. “Disini Ny. R dapat mengajak perawat atau pasien lain untuk bercakap-cakap.”

**“Saya setiap hari sudah bercakap-cakap dengan teman-teman disini mbak, tapi saya lebih sering bercakap-cakapnya dengan Y karena dia agamanya sama dengan saya dan setiap pagi kita berdoa bersama di kamarnya dia”**

1. Terminasi
2. Evaluasi respon klien terhadap kegiatan tindakan
3. Subjektif

“Bagaimana perasaan Ny. R setelah latihan cara kedua yaitu bercakap-cakap?”

**“Senang mbak”**

1. Objektif

“Jadi sudah ada beberapa cara yang Ny. R pelajari untuk mencegah suara-suara itu? Ya, bagus, jadi sudah ada 2 cara yaitu menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain.”

**“Sudah ada 2 mbak menghardik dan bercakap-cakap”**

1. Tindak Lanjut Klien

“Bagaimana kalau kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian Ny. R mau kan?”

**“Iya mbak nanti saya lakukan cara yang bercakap-cakap kalau suaranya muncul lagi”**

1. Kontrak yang akan datang
2. Topik:

“Tadikan kita sudah belajar mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, bagaimana kalau kita latih mengontrol halusinasi menggunakan cara yang ketiga yaitu, dengan cara melakukan aktivitas terjadwal?”

**“Iya mbak besok saja ya”**

1. Waktu:

“Ny. R besok mau jam berapa ? Bagaimana kalau jam 09.00 WIB ? Mau berapa lama kita berlatih ? Bagimana kalau 20 menit, apakah ibu setuju ?”

**“Iya mbak saya mau”**

1. Tempat:

“Besok kita ngobrol dimana? Bagaimana kalau di ruang tengah lagi ? Baiklah kita ketemu disana besok siang ya Bu.”

**“Iya disini lagi saja mbak”**

# STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DIANGNOSA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN

# SP 3

Nama Pasien : Ny. R Pertemuan: Ke-3/Hari Ketiga

Umur : 38 Tahun Waktu : 30 Januari / 09.00-09.20 WIB

1. **PROSES KEPERAWATAN**
2. Kondisi Klien

Klien mengatakan sudah tidak mendengar bisikan suara yang mengajaknya bercakap-cakap, klien tampak tenang, kontak mata terjalin baik, klien kooperatif.

1. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

1. Tujuan Khusus

SP 3:

* Pasien mampu mengevaluasi jadwal kegiatan harian.
* Pasien mampu mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan pasien.
* Menganjurkan Pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

1. Tindakan Keperawatan

* Membantu pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatn harian pasien.
* Membantu pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.

1. **STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**
2. Orientasi
3. Salam Terapeutik

“Selamat pagi Ny. R!? Bagaimana semalam tidurnya nyenyak apa tidak?”

**“Selamat pagi mbak. Tidurnya nyenyak mbak”**

1. Evaluasi/Validasi

“Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai dua cara yang telah kita latih kemarin?”

**“Sudah enggak mbak, tapi saya masih terus latihan supaya saya tidak lupa”**

1. Kontrak:
2. Topik:

“Sesuai dengan janji kita kemarin, hari ini kita akan belajar cara yang ketiga untuk mencegah/mengontrol halusinasi tersebut yaitu dengan cara melakukan kegiatan terjadwal.”

**“Iya mbak”**

1. Waktu:

“Berapa lama Ibu mau berlatih ? Bagimana kalau 20 menit ?”

**“Boleh mbak”**

1. Tempat:

“Ny. R ingin mengobrol dimana? Bagaimana jika di ruang tengah seperti biasanya ya..?”

**“Iya mbak seperti biasanya saja disini”**

1. Kerja

“Apa saja yang biasanya Ny. R lakukan? Tadi pagi Ny. R sudah melakukan kegiatan apa saja? Terus jam berikutnya melakukan kegiatan apa?”

**“Saya sudah melakukan jadwal kegiatan seperti biasanya mbak. Pagi tadi saya bangun jam 5 mandi, setelah mandi saya makan sama teman-teman, setelah makan saya berdoa seperti biasanya dengan Y lalu saya menonton tv dan ngobrol dengan mas S, Y, bu R, dan mbak R”**

“Wah banyak sekali kegiatannya! Bagus sekali jika Ny. R bisa melakukan banyak kegiatan seperti hari ini !”

**“Kalau dirumah biasanya saya bantu-bantu kakak saya mbak, kan kakak saya punya usaha laundry nanti saya yang bagian jemur-jemur pakaiannya gitu”**

“Mari kita latih salah satu kegiatan hari ini ! Bagus sekali jika Ny. R bisa lakukan !”

**“Iya mbak saya disini juga nyuci baju”**

“Kegiatan ini dapat Ny. R lakukan untuk mencegah agar suara tersebut tidak muncul kembali. Kegiatan yang lain akan kita latih lagi agar dari pagi sampai malam ada kegiatan.”

1. Terminasi
2. Evaluasi respon klien terhadap kegiatan tindakan
3. Subjektif:

“Bagaimana perasaan Ny. R setelah bercakap-cakap dengan saya tentang cara yang ketiga untuk mencegah suara-suara tersebut muncul?”

**“Senang mbak”**

1. Objektif:

“Jadi sudah ada beberapa cara yang Ny. R pelajari untuk mencegah suara-suara itu? Bagus, cobalah ketiga cara ini kalau Ny. R mendengar suara-suara itu lagi.”

**“Ada 3 mbak, iya mbak”**

1. Tindak Lanjut

“Bagaimana kalau kegiatan ini dimasukkan dalam kegiatan yang di masukkan kedalam jadwal kegiatan harian Ibu ?”

**“Iya mbak nanti akan saya masukkan ke dalam jadwal kegiatan sehari-hari”**

1. Kontrak yang akan datang
2. Topik:

“Waktu pagi ini sudah habis, sesuai dengan janji kita ini sudah hampir 20 menit. Bagaimana kalau nanti kita membahas tentang cara minum obat yang baik ? Bagaimana Ibu mau kan ?”

**“Iya saya mau mbak”**

1. Waktu:

“Ny. R mau jam berapa ? Bagaimana kalau kita ngobrol lagi nanti setelah makan siang ? Ny. R mau berapa lama ?”

**“10 menit saja ya mbak”**

1. Tempat:

“Nanti kita ngobrol dimana? Bagaimana kalau tetap disini lagi ?” “Baiklah saya permisi dulu Bu jangan lupa terus berlatih ya Bu, selamat pagi.”

**“Disini lagi saja mbak. Selamat pagi”**

# STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DIANGNOSA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN

# SP 4

Nama Pasien : Ny. R Pertemuan : Ke-4/Hari Ketiga

Umur : 38 Tahun Waktu : 30 Januari / 12.00-12.10 WIB

1. **PROSES KEPERAWATAN**
2. Kondisi Klien

Klien mengatakan sudah tidak mendengar bisikan suara yang mengajaknya bercakap-cakap, klien tampak tenang, kontak mata terjalin baik, klien kooperatif.

1. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

1. Tujuan Khusus

SP 4:

* Pasien mampu mengevaluasi jadwal kegiatan harian.
* Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur.
* Menganjurkan Pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

1. Tindakan Keperawatan

* Membantu mengevaluasi kegiatan harian pasien.
* Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaaan obat secara teratur.
* Membantu pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

1. **STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**
2. Orientasi
3. Salam Terapeutik

“Selamat siang Ny. R, apakah tadi sudah makan ? Apakah makannya habis?”

**“Selamat siang mbak. Saya juga sudah makan siang mbak, makannya tadi habis”**

1. Evaluasi/Validasi

“Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan? Apakah pagi tadi sudah minum obat?”

**“Saya sudah melakukan jadwal kegiatan dari pagi mbak, tadi saya habis main congklak sama temen mbak kalau main catur saya gak bisa. Sudah mbak, saya disini minum obatnya cuma 2x mbak pas pagi sama malam”**

1. Kontrak
2. Topik:

“Sesuai janji kita tadi pagi, siang ini kita akan mendiskusikan tentang obat-obatan yang Ny. R minum”

**“Iya mbak”**

1. Waktu:

“Berapa lama Ny. R mau berlatih ?

**“10 menit saja ya mbak”**

1. Tempat:

“Ny. R ingin mengobrol dimana? Bagaimana jika di ruang tengah seperti biasanya?”

**“Iya mbak disini saja”**

1. Kerja

“Berapa macam obat yang Ny. R minum?”

**“Saya minum obat 3 macam mbak, obat yang saya minum itu warnanya orange, putih dan satunya lagi kayak warna merah jambu gitu mbak”**

“Minum obat sangat penting agar suara-suara yang Ny. R dengar dan mengganggu selama ini tidak muncul lagi.”

“Kalau suara-suara sudah hilang obatnya tidak boleh dihentikan. Nanti konsultasikan lagi dengan dokter, sebab kalau putus obat, Ny. R akan kambuh dan sulit sembuh seperti keadaan semula.”

**“Jadi orang yang sakit seperti saya ini harus minum obatnya teratur ya mbak supaya sakitnya ga kambuh, sekarang saya sudah tau mbak”**

“Kalau obat habis, Ny. R bisa minta ke dokter untuk mendapatkan obat lagi. Ny. R juga harus teliti saat minum obat-obatan ini. Pastikan obatnya benar, artinya Ny. R harus memastikan bahwa itu obat yang benar-benar punya Ny. R jangan keliru dengan obat milik orang lain. Baca nama kemasannya. Pastikan obat diminum pada waktunya, dengan cara yang benar, yaitu diminum sesudah makan dan tepat jamnya. Ny. R juga harus perhatikan berapa jumlah obat sekali minum, dan Ny. R juga harus cukup minum 8 gelas per hari.”

**“Iya mbak kalau sudah tau seperti ini saya akan minum obat teratur”**

1. Terminasi
2. Evaluasi respon klien terhadap kegiatan tindakan
3. Subjektif

“Bagaimana perasaan Ny. R setelah kita mengobrol-ngobrol?”

**“Senang sekali mbak, hari ini saya sudah diperbolehkan pulang”**

1. Objektif

“Jadi sudah ada beberapa cara yang Ny. R pelajari untuk mencegah suara-suara itu? Bagus, cobalah keempat cara ini kalau Ny. R mengalami halusinasi lagi dan perlu diingat Ny. R harus minum obat secara teratur agar sakit yang dialami Ny. R tidak kambuh lagi.”

**“Iya mbak saya akan minum obat teratur, saya gak mau kalau kembali disini lagi enak dirumah kumpul sama keluarga”**

1. Tindak lanjut

“Baiklah karena hari ini ibu sudah diperbolehkan pulang jangan lupa menerapkan 4 cara yang kita pelajari tadi ya bu, semoga cepat sembuh. Selamat siang .”

**“Iya mbak, selamat siang”**