# KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA DENGAN MASALAH UTAMA GANGGUAN**

**PERSESPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN**

**PADA NY. S DIRUANG JIWA RSAL**

**Dr. RAMELAN SURABAYA**

****

**Oleh :**

**MEITRY CITRA MARYATI**

**NIM. 172.0045**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA DENGAN MASALAH UTAMA GANGGUAN**

**PERSESPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN**

**PADA NY.S DIRUANG JIWA RSAL**

**Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah diajukan sebagai salah satu syarat Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**

****

**Oleh:**

**MEITRY CITRA MARYATI**

**NIM. 172.0045**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANGTUAH**

**SURABAYA**

**2020**

**SURAT PERNYATAAN**

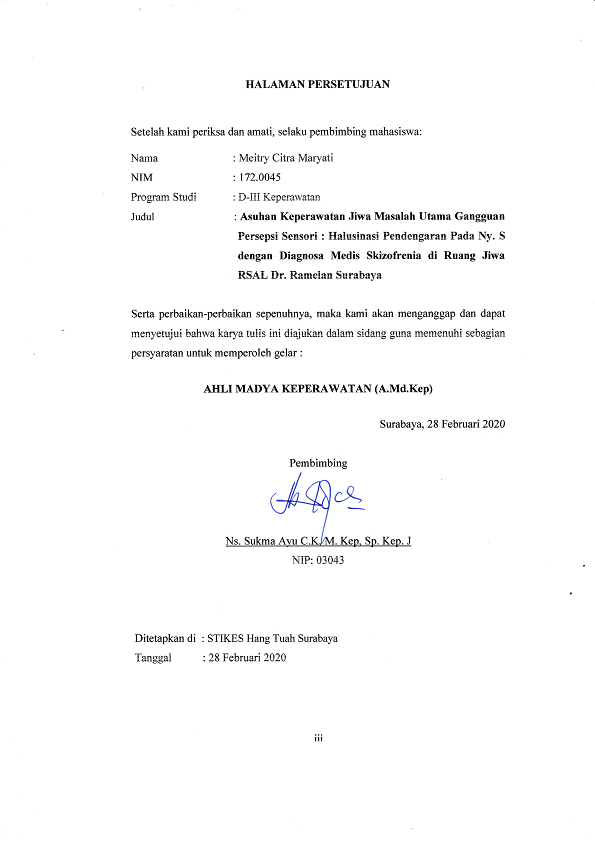
Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di stikes hang tuah surabaya.

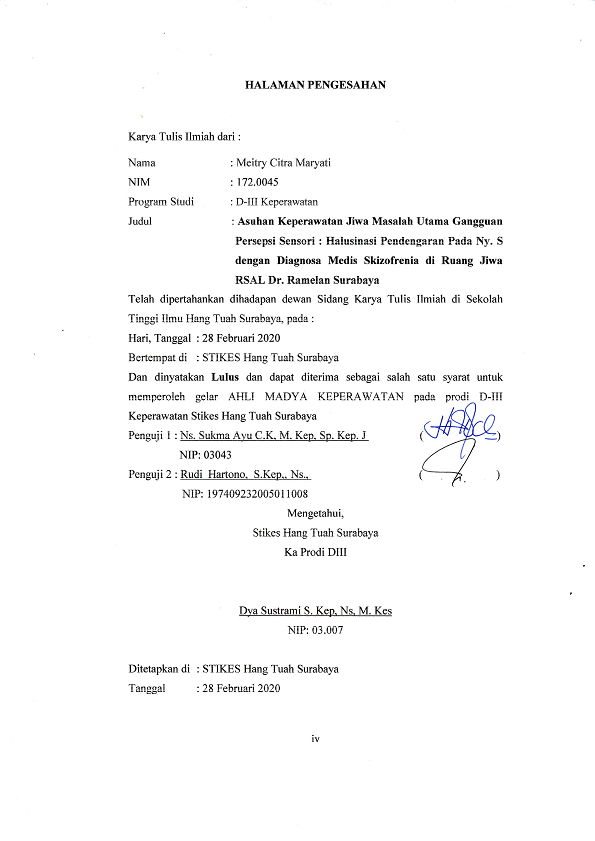
Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh stikes hang tuah surabaya.

Surabaya, 28 Februari 2020

MEITRY CITRA MARYATI

NIM.172.0045

****

****

**MOTTO & PERSEMBAHAN**

“Jangan mudah menyerah kalau tidak ingin merugikan diri sendiri”

Alhamdulillah ya Allah termakasih sudah memberikan kesabaran untuk mengerjakan karya tulis ilmiah ini, sudah memberi kenikmatan yang engkau limpahkan kepada hamba. Akhirnya hamba bisa mengerjakan karya tulis ilmiah ini dengan baik, kupersembahkan :

1. Kepada kedua orang tua, kakak, dan adek saya yang saya cinta dan sayangi yang selalu mendoakan anaknya dan memberi semangat kepada saya untuk mengerjakan karya tulis ilmiah ini.
2. Saudara saudara yang telah mendokan atas kelancaran pengerjaan karya tulis ini.
3. Sahabat-sahabat yang saya cintai sudah mendukung saya selama perkuliahan yang memberi semangat, memberi motivasi, dan memberi saran untuk mengerjakan karya tulis ilmiah ini.
4. Teman-teman saya yang saya sayangi sudah memberi semangat untuk mengerjakan karya tulis ilmiah.

# Kata Pengantar

Segala puji dan syukur panjatkan kehadiran Allah SWT, atas limpahan karunia dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan tepat waktu.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

* + 1. Laksamana Pertama TNI dr Radito Soesanto, Sp.THT-KL, Sp.KL, selaku Kepala RSAL Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya .
    2. Kolonel Laut (K/W) Wiwiek Liestyaningrum, M.Kep, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan Pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
    3. Dya Sustrami, S.Kep.,Ns., M.Kes, selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
    4. Ibu Ns. Sukma Ayu C.K, M. Kep.,Sp. Kep. J Selaku pembimbing sekaligus penguji ketua, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan

masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

* + 1. Bapak Rudi Hartono, S.Kep., Ns., selaku Penguji, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
    2. 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 seluru tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
    3. Perpustakaan Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan dan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
    4. Keluarga yang selalu mendukung dan memberi dorongan, semangat serta do’a yang tak terkira selama proses pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya
    5. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persabahatan tetap terjalin.
    6. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya, penulis hanya bisa berdo’a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini

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

Surabaya, 28 Februari 2020

Penulis

# DAFTAR ISI

[HALAMAN JUDUL](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193217) i

[SURAT PERNYATAAN](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193218) ii

[HALAMAN PERSETUJUAN](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193219) iii

[HALAMAN PENGESAHAN](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193220) iv

MOTTO DAN PERSEMBAHAN....................................................................v

[KATA PENGANTAR vi](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193221)

[DAFTAR ISI](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193222) ix

[DAFTAR TABEL xiii](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193223)

[DAFTAR GAMBAR xiv](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193224)

[DAFTAR LAMPIRAN xv](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193226)i

DAFTAR SINGKATAN..................................................................................xvii

[BAB 1](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193227) [PENDAHULUAN](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193228) 1

[1.1 Latar Belakang](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193229) 1

[1.2 Tujuan 3](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193231)

[1.2.1 Tujuan Umum 3](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193232)

[1.2.2 Tujuan Khusus 3](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193233)

[1.3 Manfaat 4](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193234)

[1.4 Metoda Penulisan 5](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193237)

[1.5 Sistematika Penulisan 6](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193238)

[BAB 2](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193239) [TINJAUAN PUSTAKA 7](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193240)

[2.1 Konsep Skizofrenia 7](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193241)

[2.1.1 Definisi Skizofrenia 7](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193242)

[2.1.2 Etiologi Skizofrenia 8](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193243)

[2.1.3 Gejala Skizofrenia](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193245) 10

[2.1.4 Tipe Skizofrenia](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193246) 11

[2.1.5 Fase Skizofrenia 12](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193247)

[2.1.6 Pengobatan Skizofrenia 13](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193248)

[2.2 Konsep Halusinasi 13](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193249)

[2.2.1 Definisi Halusinasi 13](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193250)

[2.2.2 Faktor Penyebab HalusinasiTanda dan Gejala 14](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193251)

[2.2.3 Tanda dan Gejala Halusinasi 16](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193252)

[2.2.4 Fase-Fase Halusinasi](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193253) 16

[2.2.5 Jenis-Jenis Halusinasi 17](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193258)

2.2.6 Rentang Respon Halusinasi 18

[2.3 Asuhan Keperawatan 19](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193260)

[2.3.1 Pengkajian 19](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193261)

[2.3.2 Pohon Masalah](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193262) 30

[2.3.3 Diagnosa](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193263)  30

[2.3.4 Perencanaan 31](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193264)

[2.3.5 Implementasi 33](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193265)

2.3.5 Evaluasi...............................................................................................33

[BAB 3 TINJAUAN KASUS 35](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193266)

[3.1 Pengkajian 35](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193267)

[3.1.1 Identitas Klien 35](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193268)

[3.1.2 Alasan Masuk 35](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193269)

[3.1.3 Faktor Predisposisi 36](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193270)

[3.1.4 Pemeriksaan Fisik 37](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193271)

[3.1.5 Psikososial 37](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193272)

[3.1.6 Status Mental 38](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193273)

[3.1.7 Kebutuhan Pulang 42](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193274)

[3.1.8 Mekanisme Koping 43](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193275)

[3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan 43](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193276)

[3.1.10 Aspek medik 44](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193277)

[3.1.11 Pengetahuan Kurang Tentang 44](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193278)

[3.1.12 Daftar Masalah Keperawatan](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193279) 44

[3.1.13 Daftar Diagnosis Keperawatan 45](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193280)

[3.2 Analisa Data 47](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193281)

[3.3 Pohon Masalah 48](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193282)

[3.4 Intervensi Keperawatan 49](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193284)

[3.5 Implementasi Dan Evaluasi 54](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193285)

[BAB 4](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193286) [PEMBAHASAN](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193287) 60

[4.1 Pengkajian](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193288) 60

[4.2 Diagnosa Keperawatan 66](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193289)

[4.3 Perencanaan 67](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193290)

[4.4 Pelaksanaan 68](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193291)

[4.5 Evaluasi](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193292) 70

[BAB 5](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193293) [PENUTUP 73](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193294)

[5.1 Kesimpulan 73](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193295)

[5.2 Saran 75](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193296)

[DAFTAR PUSTAKA 77](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193297)

[Lampiran 1](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193298) 79

[STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN 1 79](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193299)

[STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN 2](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193300) 83

[STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN 3](file:///E:\EiDMF\kti%20dewi%20anggraeni.doc#_Toc14193301) 86

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN 4.................89

**DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Perencanaan Keperawatan 32

Tabel 3.1 Analisa Data 47

Tabel 3.2 Intervensi Keperawatan 49

Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi 54

`

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Rentang respon 17

Gambar 2.2 Pohon masalah gangguan sensori : halusinasi 29

Gambar 3.1 Genogram 37

Gambar 3.2 Pohon Masalah Pada Ny. S Dengan Masalah Utama Gangguan

Persepsi Sensori Halusinasi : Pendengaran 48

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan 81

# DAFTAR SINGKATAN

BAB : Buang Air Besar

BAK : Buang Air Kecil

SPTK : Strategi Perencanaan Tindakan Keperawatan

SP : Strategi Pelaksanaan

RSAL : Rumah Sakit Angkatan Laut

# BAB 1

# PENDAHULUAN

# Latar Belakang

Gangguan jiwa adalah permasalahan kesehatan diseluruh dunia yang salah satunya adalah *skizofrenia*, klien dengan diagnosa *skizofrenia* paling banyak mengalami halusinasi. Halusinasi merupakan hilangnya suatu kemampuan dari seseorang dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar) sehingga tanpa adanya suatu objek atau rangsangan yang nyata pasien dapat memberikan suatu persepsi atau pendapat tentang lingkungan(Kusumawati & Hartono, 2010)

Halusinasi adalah hilangnya suatu kemampuan yang dimiliki oleh manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar) kelien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungannya tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata sebagai contoh klien dapat melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada dan tidak nyata tetapi klien meyakini bahwa yang dirasakan itu ada (Maha, 2015)

Data menurut WHO (2016) terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, dan 47,5 juta terkena dimensi. Jumlah penderita gangguan jiwa di indonesia saaat ini adalah 236 juta orang dengan kategori gangguan jiwa ringan 6% dari populasi dan 0,17% menderita gangguan jiwa berat, 14,3% diantaranya mengalami pasung. Tecacat sebanyak 6% penduduk berusia 15-24 tahun mengalami gangguan jiwa dari 34 propinsi d indonesia. Di indonesia dengan berbagai faktor biologis, psikologis, dan sosial dengan keanekaragaman penduduk, maka jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang. Sedangkan di Jawa Timur prevalensi gangguan jiwa skizofrenia sebesar 6%. Berdasarkan data yang diambil di Ruang Jiwa RSAL Dr. Ramelan Surabaya pada tahun 2020 selama 3 bulan terakhir didapatkan pada bulan November 2019-Januari 2020 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, dan harga diri rendah sebanyak 5 pasien.

Dampak yang terjadi apabila pasien halusinasi tidak segera ditangani yaitu munculnya histeria, rasa lemah, dan tidak mampu mencapai tujuan, menimbulkan ketakutan yang berlebihan, pikiran yang buruk, dan tindak kekerasan yang membahayakan bagi dirinya dan orang lain (Maramis,(2007) dalam Nugroho, (2017). Salah satu faktor penyebab yang menjadi stresor seseorang mengalami gangguan jiwa adalah pengalaman traumatik. Apabila seseorang tidak mampu beradaptasi dalam menanggulangi stresor, maka akan timbul keluhan-keluhan dalam aspek kejiwaan, berupa gangguan jiwa ringan hingga berat (Yosep et al., 2009)

Keluarga perlu mempunyai sikap menerima pasien, memberikan respon positif kepada pasien, menghargai perasaan pasien sebagai anggota keluarga dan menumbuhkan sikap tanggung jawab pada pasien. Sikap permusuhan yang ditunjukkan oleh anggota keluarga terhadap pasien akan berpengaruh terhadap kekambuhan pasien. Dukungan keluarga sangat penting untuk membantu pasien bersosialisasi kembali, menciptakan kondisi lingkungan suportif, menghargai pasien (Oliver, 2013)

Dibutuhkan pendekatan dan memberikan penatalaksanaan untuk mengatasi gejala halusinasi. Penatalaksanaan yang diberikan meliputi terapi farmakologi, ECT dan non farmakologi. Sedangkan terapi farmakologi lebih mengarah pada pengobatan antipsikotik dan pada terapi non farmakologi lebih pada pendekatan terapi modalitas (Hidayati, Catur, Rochmawati, 2014)

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 asalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada Ny. S dengan diagnosa medis skizofrenia di Ruang Jiwa Rumkital Dr. Ramelan Surabaya?”

# Tujuan Penelitian

* + 1. **Tujuan Umum**

Mampu mengidentifikasi Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran pada Ny. S dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Jiwa RSAL dr. Ramelan Surabaya

# Tujuan Khusus

* + - 1. Mengidentifikasi pengkajian Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran pada Ny. S dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Jiwa RSAL Dr. Ramelan Surabaya.
      2. Merumuskan Diagnosa Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran pada Ny. S dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Jiwa RSAL Dr. Ramelan Surabaya.
      3. Merencanakan Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran pada Ny. S dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Jiwa RSAL Dr. Ramelan Surabaya.
      4. Melaksanakan Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran pada Ny. S dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Jiwa RSAL Dr. Ramelan Surabaya.
      5. Mengevaluasi Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran pada Ny. S dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Jiwa RSAL Dr. Ramelan Surabaya.
      6. Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran pada Ny. S dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Jiwa RSAL Dr. Ramelan Surabaya.

# Manfaat

Terkait dengan tujuan tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat:

1. Dari segi akademik, dapat menjadikan sumbangan untuk ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
2. Dari segi praktis, Karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi:
   1. Bagi pelayanan keperawatan jiwa ini akan bermanfaat bagi Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan dan dapat mengaplikasikan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran dalam kegiatan sehari-hari.
   2. Untuk penulis Hasil karya tulis ilmiah ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi para penulis berikutnya yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran

# Metode Penulisan

1. **Metode**

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

# Teknik Pengumpulan Data

* 1. **Wawancara.**

Hasil data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan klien maupun tim kesehatan lain.

# Observasi

Hasil data yang diambil ketika wawancara berlangsung dan sesuai dengan kondisi pasien.

# Pemeriksaan

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

# Sumber Data

* 1. **Data primer**

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

* 1. **Data sekuder**

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien,dan rekam medik.

# Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

# Sistematika Penulisan

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

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

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian, metode dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan jiwa masalah utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran pada Ny. S dengan Diagnosa Medis Skizofrenia diRuang Jiwa RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

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

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

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini menguraikan secara teoritis mengenai, konsep *skizofrenia* yang meliputi pengertian, tanda gejala, tipe *skizofrenia*, konsep halusinasi, konsep asuhan keperawatan jiwa halusinasi. Asuhan keperawatan diuraikan dalam konsep pengkajian, konsep rencana keperawatan, konsep pelaksanaan dan konsep evaluasi.

**2.1 Konsep *Skizofrenia***

**2.1.1 Definisi *Skizofrenia***

*Skizofrenia* merupakan sekelompok gangguan psikotik dengan gangguan dasar kepribadian, distorsi khas pada proses pikir, kadang-kadang merasa dirinya dikendalikan oleh kekuatan dari luar, terdapatnya waham yang aneh, gangguan persepsi, afek abnormal yang sebenarnya tidak sama dengan situasi sebenarnya. Kesadaran yang jernih dan kapasitas intelektual biasanya tidak terganggu (Sani, 2011)

Skizofrenia merupakan gangguan kejiwaan dan kondisi medis yang mempengaruhi fungsi otak manusia, mempengaruhi fungsi normal kognitif, mempengaruhi emosional dan tingkah laku (Depkes RI, 2015). Gangguan jiwa skizofrenia sifatnya adalah ganguan yang lebih kronis serta melemahkan jika dibandingkan dengan gangguan mental lain(Azizah, Zainuri, 2013)

*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)

**2.1.2 Etiologi** ***Skizofrenia***

Teori tentang etiologi *Skizorenia* masih berupa hipotesis, misalnya :

1. Somatogenik

a. Keturunan

b. Endokrin

c. Metabolisme

d. Susunan syaraf pusat

2. Psikogenik

a. Teori Adolf Meyer

*Skizofrenia* merupakan suatu reaksi yang salah sehingga menimbulkan maladaptasi. Oleh karena itu timbul suatu disorganisasi kepribadian. Lama-kelamaan orang itu menjauhkan diri dari kenyataan (autisme).

b.Teori Sigmund Freud

1).Kelemahan ego karena penyebab psikogenik (kejiwaan) atau somatik (psikisis yang menyebabkan kelainan fisik)

2).Super ego sebagai sesuatu yang tak ada artinya karena tidak bertenaga, dan mengalahkan ego dan super ego

3.Kombinasi

a. Konstitusi *skizoid*

Menurut Manfred Bleuler, konstitusi dengan kepribadian premorbid berbentuk *skizoid*, yang mempunyai ciri isolasi diri, pendiam dan tidak komunikatif, pencuriga, mudah tersinggungg, sering tidak memperhitungkan akibat yang merugikan, yang bersebab pada perbuatannya, kejam dan dingin, sifat paranoid, pemalu dan menarik diri, fanatik dan sukar dibelokkan, serta eksentrik. Penderita *skizofrenia* pernah menunjukkan salah satu ciri diatas.

b.Sindrom *Skizofrenia*

Sindrom ini dapat disebabkan oleh berbagai hal seperti misalnya keturunan, pendidikan yang salah, maladaptasi, tekanan jiwa, dan penyakit lain yang belum diketahui

c.Gangguan Psikosomatik

Ada yang berpendapat bahwa *skizofrenia* merupakan gangguan psikosomatik, sedang gejala pada badan merupakan gejala sekunder, karena gangguan dasar yang psikogenik. Sangat sukar dibedakan antara yang primer dan sekunder, mana yang sebab dan penyebabnya.

4.Sosiogenik

Banyak *skizofrenia* dijumpai pada golongan sosial ekonomi rendah, terutama karena kemiskinan. Ternyata dari teori tersebut banyak ragam presentasi gejala dan prognosis *skizofrenia*, dan tidak didapatkan faktor etiologik tunggal yang dianggap kausatif. Model yang paling sering digunakan adalah model stress diatesis, yang mengatakan bahwa orang yang menderita *skizofrenia* memiliki kerentanan biologik khas, atau diatesis yang dicetuskan oleh stress dan menimbulkan gejala *skizofrenia*. Stress mungkin biologik, genetik, psikososial, atau lingkungan(Sani, 2011)

* + 1. **Gejala *Skizofrenia***

Secara umum, gejala serangan *skizofrenia* dibagi menjadi 2 yaitu, gejala positif dan gejala negatif, Gejala negatif dari skizofrenia yakni kehilangan motivasi atau apatis, depresi yang tidak ingin ditolong. Sedangkan gejala positif meliputi waham, delusi, dan halusinasi. Menurut (Stuart, Keliat, dan Pasaribu 2016 dalam (Fajrullah et al., 2019))

* + - 1. Gejala Positif

Halusinasi selalu terjadi saat rangsangan terlalu kuat dan otak tidak mampu menginterprestasikan dan merespons pesan atau rangsangan yang datang. Pasien skizofrenia mungkin mendengar suara-suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada, atau mengalami suatu sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya. *Auditory hallucinations*, gejala yang biasanya timbul, yaitu pasien merasakan ada suara dari dalam dirinya. Kadang suara itu dirasakan menyejukkan hati, memberi kedamaian, tapi kadang suara itu menyuruhnya melakukan sesuatu yang sangat berbahaya, seperti bunuh diri. Penyesalan pikiran (delusi) adalah kepercayaan yang kuat dalam menginterprestasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan.

* + - 1. Gejala Negatif

Pasien skizofrenia kehilangan motivasi dan apatis berarti kehilangan energi dan minat dalam hidup yang membuat klien menjadi orang yang malas. Karena pasien skizofrenia hanya memiliki energi yang sedikit, mereka tidak bisa melakukan hal-hal yang lain selain tidur dan makan. Perasaan yang tumpul membuat emosi klien skizofrenia menjadi datar. Pasien skizofrenia tidak memiliki ekspresi baik dari raut muka maupun gerakan tangannya, seakan-akan dia tidak memiliki emosi apapun. Tapi ini tidak berarti bahwa pasien skizofrenia tidak bisa merasakan apapun. Mereka mungkin bisa menerima pemberian dan perhatian orang lain, tetapi tidak bisa mengekspresikan perasaan mereka. (Yosep, 2010)

* + 1. **Tipe *Skizofrenia***

**(**Setiadi ,2006; 20-22 dalam(Meliana, 2013)) menjelaskan terkait dengan tipe-tipe skizofrenia. Tipe-tipe tersebut masing-masing memiliki kekhasan tersendiri. Adapun beberapa tipe-tipe skizofrenia antara lain :

* + - 1. Skizofrenia Tipe Paranoid Adapun ciri-ciri dari skiofrenia tipe ini adalah adanya waham yang mencolok atau halusinasi audiotorik dimana fungsi afeksi dan fungsi kognitif masih terjaga. Umumnya wahamnya mungkin lebih dari satu, akan tetapi masih dalam tema yang sama. Halusinasi juga biasanya berkaitan dengan tema wahamnya.
      2. Skizofrenia Tipe Disorganized Ciri utama skizofrenia tipe disorganized adalah pembicaraan yang kacau, tingkah laku kacau dan afek yang datar. Pembicaraan yang kacau dapat disertai kekonyolan dan tertawa yang tidak erat berkaitan denga isi pembicaraan. Disorganisasi tingkah laku (misalnya : kurang orientasi pada tujuan) dapat membawa pada gangguan yang serius pada berbagai aktivitas sehari-hari.
      3. Skizofrenia Tipe Katatonik Ciri utama pada skizofrenia tipe katatonik adalah gangguan pada psikomotor yang dapat meliputi ketidakbergerakan motoric (motoric immobility), aktivitas motor yang berlebihan, negativism yang ekstrim (tidak memiliki motivasi yang jelas, sangat menolak terhadap segala instruksiatau mempertahankan postur yang kaku untuk menolak dipindahkan) mutism (sama sekali tidak berbicaradan berkomunikasi), gerakan-gerakan yang tidak terkendali, echolalia (mengulang ucapan orang lain) dan echopraxia (mengikuti tingkah laku orang lain).
      4. Skizofrenia Tipe Undifferentiated Sejenis skizofrenia dimana gejala-gejala yang ditimbulkan sulit digolongkan pada tipe skizofrenia tertentu.
      5. Skizofrenia Tipe Residual Terjadi apabila sebelumnya pernah mengalami periode skizofrenia. Tidak ada yang menonjol dalam hal delusi, halusinasi, pembicaraan kacau, tingkah laku kacau atau tingkah laku katatonik. Terdapat bukti keberlanjutan gangguan ini, ditandai adanya simtom-simtom negative dalam bentuk yang lebih ringan.
    1. **Fase *Skizofrenia***

Menurut Ibrahim (2011), skizofrenia mempunyai 3 fase seperti di atas, yaitu fase prodromal, fase aktif, dan fase residual :

1. Fase Prodromal
2. Kemunduran dalam waktu yang lama ( 6 – 12 bulan ) dalam tingkat fungsi perawatan diri, sosial, waktu luang,pekerjaan, atau akademik.
3. Timbul gejala positif dan negatif.
4. Periode kebingungan pada klien dan keluarga.
5. Fase Aktif
6. Permulaan intervensi asuhan kesehatan, khususnya hospitalisasi.
7. Pengenalan pemberian obat dan modalitas terapeutik lainnya.
8. Perawatan difokuskan pada rehabilitasi psikiatrik saat klien belajar untuk hidup dengan penyakit yang mempengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku.
9. Fase Residual
10. Pengalaman sehari – hari dengan penanganan gejala.
11. Pengurangan dan pengulangan gejala.
12. Adaptasi.
    * 1. **Pengobatan *Skizofrenia***

Pengobatan skizofrenia saat ini telah mengalami perkembangan dalam hal farmakoterapi dan rehabilitasi psikososial. Target terapipun berubah, dari hanya menangani gejala psikosis hingga mengendalikan fungsi kerja dan sosial (Nasrallah et al., 2014)

Farmakoterapi pada penderita skizofrenia dipicu oleh penemuan antipsikotik klorpromazin pada awal 1950-an dan pengembangan klozapin pada akhir 1960-an. Selama setengah abad terakhir, antipsikotik digunakan dalam pengobatan skizofrenia dan telah menjadi pengobatan andalan untuk mengurangi keparahan gejala psikotik dan kejadian relaps (Hanson et al., 2010). Antipsikotik diklasifikasikan menjadi antipsikotik generasi pertama dan antipsikotik generasi kedua. Kedua kelompok antipsikotik tersebut memiliki aktivitas farmakologi yang sama, yaitu memblokir reseptor dopamine (Bruijnzeel et al., 2014).

* 1. **Konsep Halusinasi**
     1. **Definisi Halusinasi**

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan persepsi sensori persepsi: merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan yang sebenarnya tidak ada (Keliat (2015) dalam Meliana, (2013)

Halusinasi adalah suatu gangguan persepsi panca indra tanpa disertai dengan adanya rangsangan dari luar yang dapat terjadi pada sistem pengindraan di mana pada saat kesadaran individu itu penuh dan baik (Muhith, 2015)

* + 1. **Faktor Penyebab Halusinasi**

Menurut (Stuart, 2007), faktor penyebab terjadinya halusinasi adalah:

1. Faktor Predisposisi

1. Biologis

Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami. Ini ditunjukkan oleh penelitian-penelitian yang berikut:

* + - 1. Penelitian pencitraan otak sudah menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik yang berhubungan dengan perilaku psikotik.
      2. Beberapa zat kimia di otak seperti dopamin neurotransmitter yang berlebihan dan masalah-masalah pada sistem reseptor dopamin dihubungkan dengan terjadinya skizofrenia.
      3. Pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal menunjukkan terjadinya atropi yang signifikan pada otak manusia. Pada anatomi otak klien dengan skizofrenia kronis, ditemukan

pelebaran lateral ventrikel, atropi korteks bagian depan dan atropi otak kecil (cerebellum). Temuan kelainan anatomi otak tersebut didukung oleh otopsi (post-mortem).

* 1. Psikologis Keluarga, pengasuh dan lingkungan klien sangat mempengaruhi respon dan kondisi psikologis klien. Salah satu sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup

klien.

* 1. Sosial Budaya

Kondisi sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti: kemiskinan, konflik sosial budaya dan kehidupan yang

terisolasi disertai stres.

1. Faktor Prespitasi

Secara umum klien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya. Penilaian individu terhadap stresor dan masalah koping dapat mengindikasikan kemungkinan kekambuhan (Keliat, 2006).Menurut Stuart (2007). faktor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi adalah:

1. Biologis

Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk

diinterpretasikan.

1. Stress

Lingkungan Ambang toleransi terhadap stres yang berinteraksi terhadap stresor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

1. Sumber Koping

Perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurobiology termasuk :

* 1. Regresi berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk mengurangi ansietas, hanya mempunyai sedikit energy untuk

aktivitas hidup sehari-hari.

* 1. Projeksi sebagai upaya untuk menjelaskan keracunan persepsi.
  2. Menarik diri

**2.2.3 Tanda dan Gejala halusinasi**

Menurut Jaya (2015) pasien dengan halusinasi memiliki tanda dan gejala yaitu :

* 1. Menarik diri
  2. Sering didapatkan duduk terpaku dengan pandangan mata pada satu arah tertentu
  3. Tersenyum atau berbicara sendiri
  4. Secara tiba-tiba menjadi marah atau menyerang orang lain
  5. Gelisah
  6. Melakukan gerakan seperti sedang menikmati sesuatu
  7. Keterangan dari pasien sendiri tentang halusinasi yang dialaminya (apa yang dilihat, didengar atau dirasakan)

**2.2.4 Fase Halusinasi**

a. *Comforting* (halusinasi menyenangkan, cemas ringan) Pada fase ini klien

merasakan kecemasan, kesepian rasa bersalah, takut dan mencoba untuk berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk menghilangkan kecemasan tersebut.

b. *Condeming* (cemas sedang) Kecemasan meningkat berhubungan dengan pengalaman internal dan eksternal, klien berada pada tingkat listening pada halusinasi, pemikiran menonjol seperti gambaran suara dan sensasi

c. *Controling* (pengalaman sensori berkuasa, cemas berat) Halusinasi lebih menonjol, menguasai dan mengontrol, klien menjadi terbiasa dan tidak berdaya pada halusinasinya.

d. *Conquering* (melebur dalam pengaruh halusinasi, panik) Pengalaman sensori bisa mengancam jika klien tidak mengikuti perintah dari halusinasi (Maha, 2015)

**2.2.5 Jenis-Jenis Halusinasi**

1. Halusinasi pendengaran

Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara atau bunyi yang berkisar dari suara sederhana sampai suara yang berbicara mengenai klien sehingga klien berespon terhadap suara atau bunyi tersebut (Stuart, (2007) dalam Azizah et al., (2016)

1. Halusinasi pengelihatan

Stimulus visual dalam bentuk kilatan cahaya, gambar geometris, gambaran kartun, bayangan yang rumit atau kompleks. Bayangan biasa yang menyenangkan atau menakutkan seperti melihat monster.

1. Halusinasi penghidung

Membau-bauan tertentu seperti bau darah, urin, dan feses umumnya bau-baua yang tidak menyenangkan. Halusinasi penghidung sering akibat stroke, tumor, kejang, atau dimensi

1. Halusinasi pengecapan

Merasa makan sesuatu yang tidak nyata. Biasa merasakan makanan yang tidak enak.

1. Halusinasi perabaan

Merasakan sesuatu pada kulit tanpa stimulus yang nyata.

* + 1. **Rentang Respon**

Rentang Adaptif respon psikososial Respon Maladatif

Pikiran logis pikiran kadang gangguan proses:

Persepsi akurat menyimpang waham

Emosi konsisten dengan ilusi halusinasi

Pengalaman emosi tidak stabil kerusakan proses

Perilaku sesuai perlikau aneh emosi

Hubungan sosial menarik diri perilaku tidak

Terorganisasi

Isolasi sosial

Gambar 2.1 Rentang respon Menurut (Azizah et al., 2016))

Keterangan Gambar :

1. Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batasan normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut .
2. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan
3. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan
4. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli
5. Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
6. Respon psikososial
7. Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan
8. Ilusi adalah miss interprestasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi
9. Emosi berlebih atau berkurang
10. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batasan kewajaran
11. Menarik diri adalah percobaan untuk menghindarai interaksi dengan orang lain
12. Respon maladaptif, respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan.
13. Kelainan pikiri adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dengan bertentangan dengan kenyataan sosial
14. Halusinasi merupakan definisi persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada
15. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati
16. Perilaku yag tidak terorganisasi merupakan suatu yang tidak teratur
17. Isolasi sosial adalah kondis kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam

**2.3 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi**

**Sensori:Halusinasi**

* + 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) (Damayanti 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

Jika rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress merupakan salah satu tugas perkembangan yang terganggu.

* 1. Faktor Sosiokultural

Individu yang merasa bahwa dirinya tidak diterima di dalam lingkungannya akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya. Kemsikinan, konflik sosial budaya, peperangan dan kerusuhan juga dapat menjadi faktor penyebab halusinasi.

* 1. Faktor Biologis

Adanya gangguan pada otak dapat menyebabkan timbulnya respon neurobiologikal maladaptif.

* 1. Faktor Psikologis

Tipe kepribadian lemah, mudah kecewa, mudah putus asa, kecemasan tinggi, menutup diri, ideal diri tinggi, harga diri rendah, identitas diri tidak jelas, krisis peran, gambaran diri negatif dan koping destruktif, dan tidak bertanggung jawab akan lebih mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif.

* 1. Faktor Genetik dan Pola Asuh

Telah diketahui bahwa secara genetis skizofrenia diturunkan melalui kromosom-kromosom tertentu. Diduga kromosom skizofrenia ada kromosom gangguan dengan kontribusi genetis tambahan nomor 4, 8,15 dan 22. Penelitian juga menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia.

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. Biologi

Berlebihnya proses informasi pada sistem syaraf yang menerima dan memproses informasi di thalamus dan frontal otak. Mekanisme penghantaran listrik di syaraf terganggu (mekanisme gathing abnormal).

1. Stress lingkungan
2. Gejala-gejala pemicu seperti kondisi kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku
3. Kesehatan meliputi nutrisi yang kurang, kurang tidur, ketidakseimbangan irama sirkardian, kelelahan, infeksi, obat-obat sistem syaraf pusat, kurangnya latihan dan hambatan untuk menjangkau pelayanan kesehatan.
4. Lingkungan meliputi lingkungan yang memusuhi, kritis rumah tangga, kehilangan kebebasan hidup, perubahan kebiasaan hidup, pola aktifitas sehari-hari, kesukaran dalam berhubungan dengan orang lain, isolasi sosial, kurangnya dukungan sosial, tekanan kerja (kurang ketrampilan dalam bekerja), stigmasisasi, kemiskinan, kurangnya alat transportasi, dan ketidakmampuan mendapat pekerjaan.
5. Sikap atau perilaku seperti harga diri rendah, putus asa, merasa gagal, kehilangan kendali diri (demoralisasi), merasa punya kekuatan , tidak dapat memenuhi kebutuhan spiritual atau merasa malang, bertindak seperti orang lain dari segi usia atau budaya, rendahnya kemampuan sosialisasi, perilaku agresif, perilaku kekerasaan, ketidakadekuatan pengobatan dan ketidakadekuatan penanganan gejala.
6. 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 masalalu 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.

**2.3.2 Pohon Masalah**

Resiko Tinggi Perilaku Kekerasan

Effect

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

Core Problem

Isolasi Sosial

Cause

Gambar 2.2 Pohon masalah gangguan sensori : halusinasi (Damaiyanti & Iskandar 2012)

* + 1. **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan data subyektif dan obyektif yang ditemukan pada pasien (Keliat, B. A., 2011). Menurut Stuart dan Laira (2005) dalam buku (Muhith, 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.

Gangguan persepsi sensori: halusinasi .

1. Perubahan persepsi sensori; halusinasi pendengaran
2. Isolasi sposial
3. Resiko tinggi perilaku kekerasan
   * 1. **Perencanaan 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 (Lilik Ma’rifatul Azizah,Imam Zainuri, 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 situas 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 oran 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. |  |

2.3 Tabel Perencanaan Keperawatan (Azizah et al., 2016)

* + 1. **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).

* + 1. **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 melaksanakan 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 (Lilik Ma’rifatul Azizah,Imam Zainuri, 2016).

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

Bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi tanggal 28 Januari 2020 sampai dengan 31 Januari 2020 di Ruang Jiwa Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

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

Pasien merupakan seorang wanita bernama Ny.S berusia 60 tahun, pasien tinggal didaerah Suurabaya, klien beragama islam, klien sudah menikah, dan memiliki tiga orang anak, dilakukan pengkajian tanggal 28 Januari 2020 pada pukul 10.00 WIB. Tanggal dirawat klien tanggal 22 Januari 2020, nomor rekam medis 46-xx-xx, klien dirawat di Ruang VI, Anamnesa diperoleh dari pasien, dan rekam medis.

* + 1. **Alasan Masuk**

Pada saat pengkajian pasien mengatakan dibawa oleh keluarganya ke RSAL karena marah-marah dan suka melempar barang di rumah sejak satu minggu terakhir setelah pulang umroh, sebelumnya pasien sering mengalami seperti ini jika terlalu lelah dan mendengar suara bisikan, bahwa dirinya merasa gelisah. Pasien mendengar bisikan tersebut tidak menentu, kadang pagi, kadang sore. Suara tersebut seperti memanggil namanya dan suara tersebut seperti suara anaknya.

* + 1. **Keluhan Utama**

Pasien mengatakan seperti ada yang memanggil namanya dan pasien mengatakan suara tersebut mirip dengan suara anaknya, pasien juga merasa gelisah, dan klien terlihat mondar mandir.

* 1. **Faktor Predisposisi**

1. Riwayat gangguan jiwa di masa lalu.

Saat pengkajian pasien mengatakan sudah pernah mengalami gangguan jiwa sekitar 25 tahun yang lalu, pernah dirawat diRuang Jiwa Rumkital Dr. Ramelan.

1. Pengobatan sebelumya.

Berhasil, Namun kambuh kembali dikarenakan pasien saat dirumah tidak mau berobat/kontrol kembali.

1. Menurut pasien tidak pernah mengalami kekerasan dalam keluarga, mengalami aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, dan tindakan kriminal selama ini.

**Masalah keperawatan** : **Tidak Ditemukan Masalah Keperawatan**

1. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Saat pengkajian, pasien mengatakan bahwa tidak ada anggota keluarganya yang mengalami gangguan jwa.

**Masalah keperawatan : Tidak Ditemukan Masalah Keperawatan**

1. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan.

Saat dikaji pasien mengatakan “Tidak ada mbak”

**Masalah keperawatan : Tidak Ditemukan Masalah Keperawatan**

* 1. **Pemeriksaan Fisik**

1. Tanda-tanda vital: TD 141/84 mmHg N:81x/menit, S:36,1oC RR:20x/menit.
2. TB: 155 cm, BB: 60 kg
3. Keluhan Fisik : Pada saat dikaji “Tidak ada mbak”

**Masalah Keperawatan : Tidak Ditemukan Masalah Keperawatan**

* 1. **Psikososial**

1. Genogram

Gambar 3.1 Genogram Keluarga Ny. S

Keterangan:

Laki-laki :

Perempuan :

Meninggal : X

Pasien :

Tinggal Serumah : ------

Pasien mengatakan anak ke 4 dari 9 bersaudara, klien berstatus sudah menikah dan mempunyai 3 orang anak. Pasien tinggal serumah dengan ibu mertua yang berusia 79 tahun, suami yang berusia 62 tahun dan anak nomer 3 yang berusia 28 tahun. Pola komunikasi di dalam keluarga klien terjalin baik, pengambil keputusan di dalam keluarga klien adalah suaminya.

1. Konsep Diri
   1. Gambaran Diri.

Pasien mengatakan bersyukur memiliki tubuh yang normal dan tidak ada keterbatasan fisik

* 1. Identitas Diri.

Pasien mengatakan dirinya sebagai seorang wanita berusia 60 tahun status sudah menikah

* 1. Peran Diri.

Sebelum masuk rumah sakit pasien berperan sebagai seorang istri dan seorang ibu, Sebagai ibu rumah tangga dan saat ini Ny. S tidak bias melalukan perannya sebagai seorang istri dan ibu karna berada di ruang jiwa RSAL

* 1. Ideal Diri.

Pasien mengatakan semoga penyakitnya sembuh dan segera bisa pulang.

* 1. Harga Diri.

Pasien mengatakan malu dengan keadaan yang sekarang karena tidak bisa mengurus suami dan anaknya.

**Masalah Keperawatan: Harga Diri Rendah**

1. Hubungan Sosial
   1. Orang yang berarti.

Pasien mengatakan orang yang paling berarti adalah keluarganya. Dan pasien mengatakan, Sebelum masuk rumah sakit pasien lebih sering didalam rumah dan jarang berkomunikasi dengan tetangganya.

* 1. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat.

Pasien mengatakan bicara hanya seperlunya jika tidak diajak bicara tidak akan memulai pembicaraan Pasien, Jarang berkomunikasi dengan tetangganya. Dan selama di rawat di Ruang Jiwa, pasien jarang keluar kamar dan malas berinteraksi, banyak menyendiri, berinteraksi seperlunya dengan pasien yang lain.

* 1. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.

Pasien mengatakan, dirinya merasa tidak percaya diri sehingga pasien malas berkomunikasi dengan pasien lain

**Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial : Menarik Diri**

1. Spiritual
   1. Nilai dari keyakinan.

Pasien mengatakan bahwa dirinya beragama islam.

* 1. Kegiatan ibadah.

Pasien melakukan ibadah sholat 5 waktu tetapi tidak sesuai dengan waktunya seperti sholat tahajud yang dilakukan pada pagi hari dan pada saat pasien sedang melakukan sholat tidak menggunakan mukenah dan sejadah.

**Masalah Keperawatan: Distress Spiritual**

* 1. **Status Mental**

1. Penampilan.

Saat pengkajian, penampilan pasien tampak baik, Berpakaian sesuai umurnya.

**Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. Pembicaraan

Saat pengkajian, pasien berbicara berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat lainnya yang tidak ada kaitannya.

**Masalah Keperawatan: Hambatan Komunikasi Verbal**

1. Aktivitas Motorik.

Pasien selalu menyendiri dikamar,pasien tampak bingung, merasa gelisah, dan klien terlihat mondar-mandir.

**Masalah Keperawatan: Resiko Mencederai Diri Sendiri**

1. Alam Perasaan.

Saat pengkajian, pasien merasa sedih dengan munculnya suara-suara itu karena mirip dengan suara anaknya yang dikira ingin menjemputnya pulang.

**Masalah Keperawatan: Ansietas**

1. Afek.

Saat diajak bicara pasien tampak labil dalam berbicara

**Masalah keperawatan: Resiko Mencederai Diri dan Orang Lain**

1. Interaksi selama wawancara.

Saat di ajak berbicara kontak mata pasien kurang, terkadang pasien memalingkaan wajahnya, klien mampu menjawab pertanyaan, dan pasien mudah tersinggung jika ditanya

**Masalah keperawatan: Hambatan Komunikasi**

1. Persepsi.

Pasien mengatakan mendengar bisikan, bisikan tersebut adalah suara yang mirip dengan anaknya. Bisikan itu muncul tidak menentu, yang paling sering pada saat pasien tidak beraktifitas atau saat pasien sedang sendirian, respon pasien saat bisikan itu muncul klien adalah hanya diam dan kadang mencari suara itu ada dimana

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

1. Proses Pikir.

Pembicaraan pasien berbelit-belit tetapi sampai pada tujuan (sirkumstansial).

**Masalah keperawatan: Gangguan Proses Pikir**

1. Isi Pikir.

Ide yang terkait, pasien mengatakan bahwa dirinya tidak sakit, dan pasien tidak tahu kenapa sampai dibawa ke Rumah Sakit

**Masalah keperawatan : Gangguan Proses Pikir**

1. Tingkat Kesadaran.

Pasien ketika ditanya ini jam berapa pasien dapat menjawab “Sekarang jam setengah sebelas siang mbak”, ketika pasien ditanya sedang dirawat dimana pasien menjawab “dirumah sakit mbak”

**Masalah keperawatan: Tidak Ditemukan Masalah Keperawatan**

1. Memori.

Pembicaraan pasien saat ditanya ngelantur (konfabulasi), pasien masih mampu mengingat jangka pendek, misalnya awal mulai dari pertama dirinya dirawat dan sampai bisa di bawa ke RSAL klien mengingatnya.

**Masalah keperawatan: Gangguan Proses Pikir**

1. Tingkat konsentrasi dan berhitung.

Pasien mampu mengingat kapan ia dirawat di Ruang Jiwa, yaitu pada bulan januari 2020. Klien diberi pertanyaan “Bu, 95-7 sama dengan berapa?”, pasien mengatakan “88 mbak”

**Masalah keperawatan : Tidak Ditemukan Masalah Keperawatan**

1. Kemampuan penilaian.

Kemampuan penilaian pasien baik, pasien dapat mengambil keputusan untuk dirinya, misalnya pasien akan tidur dulu setelah bangun kemudian klien baru makan.

**Masalah keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan**

1. Daya tilik diri.

Menyalahkan hal-hal diluar dirinya, Pasien mengatakan bahwa dirinya itu sebenarnya setara dengan manusia yang lainnya, hanya saja pasien mengaku tidak ada masalah dengan dirinya, dan pasien tidak tahu kenapa dirinya sampai dibawa ke Rumah Sakit Dr. Ramelan

**Masalah keperawatan: Gangguan proses pikir**

* 1. **Kebutuhan Persiapan Pulang**

1. Kemampuan pasien memenuhi kebutuhan:
   1. Makan.

Pasien mengatakan kalau di Rumah Sakit gizinya sudah pasti tercukupi karena pasien makan 3x sehari nasi, sayur, lauk-pauk, dan buah

* 1. Defikasi/Berkemih.

Pasien mengatakan mampu untuk BAK ditoilet dengan mandiri.

* 1. Mandi.

Saat pengkajian, pasien mengatakan selalu mandi 2 kali sehari pagi dan

sore hari.

* 1. Berpakaian.

Pasien mengatakan ganti pakaian dan bisa melakukan secara mandiri

* 1. Istirahat dan Tidur :
     1. Tidur Siang lama : 12.00 s.d 15.00
     2. Tidur Malam : 21.00 s.d 04.00
     3. Aktivitas sebelum tidur : tidak ada
  2. Penggunaan obat.

Saat pengkajian, pasien mampu dan rutin dalam minum obat

* 1. Pemeliharaan Kesehatan.

Saat pengkajian, pasien tidak pernah melakukan kontrol di Poli Jiwa RUMKITAL Dr. Ramelan.

* 1. Aktivitas di dalam rumah.

Saat pengkajian, pasien mengatakan memasak menyajikan makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian , dan mengurus rumah seperti ibu rumah tangga yang lainnya.

* 1. Aktivitas di luar rumah

Saat pengkajian, pasien belanja keperluan sehari-hari dan jarang bersosialisasi

dengan tetangga.

**Masalah Keperawatan :** **Gangguan Pemeliharaan Kesehatan**

* 1. **Mekanisme Koping**

Saat pengkajian, pasien saat ditanya, Bagaimana jika ada masalah, Cara menyelesaikanya ? pasien mengatakan dengan marah-marah terlebih dahulu .

**Masalah keperawatan: Koping Individu Tidak Efektif**

* 1. **Masalah Psikososial dan Lingkungan**

1. Masalah dengan dukungan kelompok , spesifik.

Saat pengkajian, pasien tampak berbicara seperlunya

1. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik.

Saat pengkajian, pasien tidak mampu bersosialisasi dengan baik.

1. Masalah dengan pendidikan, spesifik.

Saat pengkajian, pasien mengatakan sekolahnya hanya tamat SD

Masalah dengan perumahan, spesifik.

Saat pengkajian, pasien kurang berinteraksi dengan tetangga

1. Masalah ekonomi, spesifik.

Saat pengkajian,pasien termasuk dari keluarga yang berkecukupan

1. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik.

Saat pengkajian, pasien kurang peduli terhadap kesehatan dirinya yang tidak mau kontrol kembali

**Masalah keperawatan: Gangguan Peliharaan Kesehatan**

* 1. **Kurang Pengetahuan Tentang**

Pasien mengatakan tidak mengetahui penyakit jiwa yang di deritanya tidak mengetahui jenis-jenis dan fungsinya obat yang dikonsumsinya saat di rumah sakit dan saat dirumah.

**Masalah keperawatan: Defisit Pengetahuan**

* 1. **Aspek Medis**

Diagnosa Medis : Skizofrenia

Terapi Medik :

1. Merlopam 1 mg = 0-0-1
2. Hexymer 2 mg = 1-0-1
3. Abilify 5mg = 1-0-1
4. Injeksi novorapid = 12 unit
   1. **Daftar Masalah Keperawatan**
5. Resiko Perilaku Kekerasan
6. Harga Diri Rendah
7. Isolasi Sosial : Menarik Diri
8. Distress Spiritual
9. Ansietas
10. Resiko Mencederai Diri dan Orang Lain
11. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
12. Gangguan Proses Pikir
13. Koping Individu Tidak Efektif
14. Gangguan Peliharaan Kesehatan
15. Defisit Pengetahuan
    1. **Diagnosa Keperawatan**

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

Surabaya, 28 Januari 2020

MEITRY CITRA

**Meitry Citra Maryati**

* 1. **Analisa Data**

NAMA : Ny. S REKAM MEDIK : 46-XX-XX

RUANGAN : RUANG JIWA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TGL | **ANALISA DATA** | **MASALAH** |
| 28  Januari 2020  10:00 | **DS:** Pasien mengatakan mendengar bisikan yang sama  dengan suara anaknya, bisikan tersebut adalah suara seorang laki-laki, Bisikan itu muncul tidak menentu, yang paling sering pada pagi dan sore, saat pasien tidak beraktifitas atau saat pasien sedang sendirian di kamar, respon pasien saat bisikan itu muncul pasien hanya diam dan membiarkan hilang dengan sendirinya  **DO**:   1. Pasien terlihat mondar mandir 2. Pasien tampak sering di dalam kamar 3. Pasien merasa gelisah | Gangguan presepsi sensori : Halusinasi pendengaran |
| 28  Januari 2020  10:00 | **DS :** Pasien mengatakan bicara hanya seperlunya jika tidak diajak bicara tidak akan memulai pembicaraan,jarang berkomunikasi dengan teangganya dan pasien merasa tidak percaya diri sehingga malas berkomunikasi.  **DO :**   1. Saat diajak bicara kontak mata kurang, pasien saat di wawancara terkadang memalingkan wajahnya. 2. Pasien selalu menyendiri di dalam kamar. 3. Pasien merasa malas berinteraksi | Isolasi sosial : Menarik diri |
| 28 Januari 2020 10.10 | **DS :** Pasien mengatakan bahwa dirinya dibawa oleh keluarga ke RSAL karena marah-marah dan suka melempar barang di rumah sejak satu minggu yang lalu | Resiko Mencederai Diri dan Orang Lain |
|  | **DO :** |  |
|  | 1.Pasien terlihat bingung dan |  |
|  | gelisah.  2.Pasien tampak mondar-mandir |  |

* 1. **Pohon Masalah**

|  |
| --- |
| **RESIKO MENCEDERAI DIRI DAN ORANG LAIN** |
| **EFFECT** |

|  |
| --- |
| **GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN** |
| **CORE PROBLEM** |

|  |
| --- |
| **ISOLASI SOSIAL : MENARIK DIRI** |
| **CAUSA** |

**Gambar 3.2 Pohon Masalah Klien Halusinasi : Pendengaran**

**3.1.5 Intervensi**

**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 SP 1  1. Klien dapat mengenali halusinasi yang dialami dan klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik.  SP 2 :  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 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.   1. 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 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 klin jika klien pulang dan tidak lupa untuk memberikan obat. |

**3.1.6 Implementasi**

**Tabel 3.3 Implementasi Keperawatan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TGL** | **DIAGNOSA** | **IMPLEMENTASI** | **EVALUASI** | **TT** |
| 28  Januari 2019 | Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran | **10:00**  **SP 1**   1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien 2. Mengidentifikasi jenis halusinasi yang dialami pasien 3. Mengidentifikasi isi halusinasi yang dialami pasien 4. Mengidentifikasi waktu muncul halusinasi pasien 5. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien 6. Mengidentifikasi respon klien saat halusinasi 7. Menghajarkan teknik menghardik kepada pasien | **S:**   1. Klien mengatakan “ Nama saya Ny. S, suka dipanggil S 2. Klien Mengatakan “seperti ada yang berbisik” 3. Klien mengatakan “semacam memanggil namanya yang dikira suara anaknya” 4. Klien mengatakan “bisikan muncul saat saya sendiri” 5. Klien mengatakan “Tidak tentu, tapi lebih sering pagi sama sore” 6. Klien mengatakan “Hanya terdiam saat mendengar bisikan ” 7. Klien mengatakan “Pergi sana, pergi, kamu suara palsu”   **O :**  **Kognitif**   * Pasien mau menyebutkan namanya * Pasien mampu menyebutkan apa yang dia alami * Pasien mampu menyebutkan isi, jenis, frekuensi dan waktu serta cara mengontrol halusinasi   **Afektif**   * Pasien tampak kooperatif * Kontak mata kurang   **Psikomotor**   * Pasien bisa mengulang kembali kalimat untuk menghardik   **A :**   1. Klien mampu membina hubungan saling percaya 2. Klien mampu mengidentifikasi jenis halusinasi 3. Klien mampu mengidentifikasi isi halusinasi 4. Klien mampu mengidentifikasi waktu muncul halusinasi 5. Klien mampu mengidentifikasi frekuensi halusinasi 6. Klien mampu mengidentifikasi respon klien saat halusinasi 7. Klien mampu melakukan teknik meghardik   **P :**  Lanjutkan ke SP 2 | **CTR** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 29  Januari 2020 | Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran | **10:00**  **SP 2**  1.Mengevaluasi pasien dalam cara teknik menghardik | **S:**   1. Klien mengatakan, “saya masih ingat mbak, caranya gini, pergi kamu suara palsu dan keadaanya masih sama saja mba” | **CTR** |
|  |  | 2.Melatih klien mengendalikan halusinasi  dengan cara bercakap- cakap dengan orang lain | 1. Klien mengatakan “Tidak mbak, nanti hilang-hilang sendiri ” |  |
|  |  | 3.Menganjurkan klien Memasukkan dalam jadwal kegiatan harian | 1. Klien mengatakan “Saya malas mba buat jadwal-jadwal gitu, saya gamau ngomong dengan yang lain”   **O:**  **Kognitif**   * Pasien mampu membalas salam dan mengatakan keadaanya   **Afektif**   * Pasien tampak kooperatif * Kontak mata kurang   **Psikomotor**   * Pasien tidak mampu mengulang kembali cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain namun enggan mempraktekkan bicara kepada orang lain * Pasien tidak mampu membuat jadwal hariannya dan tidak mau memasukkan cara mengontrol halusinasi dalam kegiatan hariannya .   **A:**  1. Klien belum mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain.  2. Klien tidak mampu mengatur jadwal harian  **P**: Mengulang kembali SP 2 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 30  Januari 2019 | Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran | **10:00**  **SP 2**  1.Mengevaluasi pasien dalam cara teknik menghardik | **S:**  1. Klien mengatakan, “saya masih ingat mbak,caranya gini, pergi kamu suara palsu, keadaan saya baik mba” | **CTR** |
|  |  | 2.Melatih klien mengendalikan halusinasi  dengan cara bercakap- cakap dengan orang lain | 2. Klien mengatakan “Mau berbicara dengan orang jika suara bisikan itu muncul” |  |
|  |  | 3.Menganjurkan klien Memasukkan dalam jadwal kegiatan harian | 3. Klien mengatakan “saya sudah melakukan kegiatan harian agar tidak ada waktu kosong mbak” |  |
|  |  |  | **O:**  **Kognitif**   * Pasien mampu membalas salam dan mengatakan keadaanya   **Afektif**   * Pasien tampak kooperatif * Kontak mata ada   **Psikomotor**   * Pasien mampu mengulang kembali cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain   Pasien mampu membuat jadwal kegiatan hariannya dan memasukkan cara mengontrol halusinasi dalam kegiatan harian  **A:**   1. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. 2. Klien mampu mengatur jadwal harian   **P:**  Melanjutkan SP 3 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 31  Januari 2019 | Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran | **08:30**  **SP 3**   1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang dilakukan pasien) 3. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan kebiasaan dirumah ke dalam jadwal kegiatan | **S:**   1. Pasien mengatakan “Selamat pagi mbak,saya masih ingat cara mengedalikan halusinasi, kabar saya baik hari ini” 2. Pasien mengataka “Iya mbak saya masih ingat, cara menghardiknya bilang pergi kamu suara tidak nyata” Begitu kan mba?” 3. Pasien mengatakan “Saya biasanya merapikan tempat tidur, lalu mencuci baju setelah mandi”   **O :**  **Kognitif**   * Pasien mampu membalas salam dan mengatakan keadaanya   **Afektif**   * Pasien kooperatif * Kontak mata ada   **Psikomotor**   * Pasien mampu mengajak bicara apabila halusinasinya muncul | **CTR** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | **A:**   1. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan aktifitas terjadwal,Klien mampu mengatur jadwal harian   **P:**  Melanjutkan SP 4 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 31  Januari 2019 | Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran | **10:00**  **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 mandi mba terus tidur sebentar mba”  “Saya minum obat 2 macam mbak, terus nanti siang biasanya suntik insulin mba,”  “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 :**   1. Kontak mata ada,klien kooperatif 2. klien mengerti tentang hal yang sudah dijelaskan   **A:**  Secara kognitif, afektif, pskomotor klien mampu menjelaskan 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. | **CTR** |

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

Pembahasan ini penulis menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi pada tinjauan teori dan tinjauan kasus dalam Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Jiwa Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

* 1. **Pengkajian**

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) (Damayanti M, 2012).

Saat tahap pengumpulan data, penulis sedikit mengalami kesulitan karena penulis telah megadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien, mesikpun pasien terbuka dan mengerti serta kooperatif, pasien berbicara dengan cepat sehingga sedikit sulit untuk dipahami. Menurut data yang didapat pasien yang dirawat di RSAL Dr.

Ramelan Surabaya di Ruang Jiwa pada tanggal 28 Januari 2020 dengan Diagnosa Medis Skizofrenia. Pasien juga pernah dirawat di Ruang Jiwa, sembuh dan pulang namun saat dirumah pasien meminum obat namun setelah obat habis pasien tidak kontrol kembali yang menyebabkan kambuh.

* + 1. Identitas pasien

Melakukan perkenalan bina hubungan saling percaya dan kontrak dengan pasien tentang : identitas mahasiswa (nama lengkap, nama panggilan), lalu lanjut melakukan pengkajian dengan identitas pasien (nama pasien, nama panggilan), dilanjutkan kontrak waktu dan tempat. Dalam tinjauan kasus data dapat diambil dengan mudah melalui wawancara pasien.

* + 1. Alasan masuk

Tinjauan teori, penyebab dari pasien dan keluarga datang ke Ruang Jiwa, yaitu apa saja yang dilakukan pasien lakukan di rumah, apa yang sudah dilakukan keluarga dalam mengatasi masalah. pasien mengatakan dibawa oleh keluarganya ke RSAL karena marah-marah dan suka melempar barang di rumah sejak satu minggu terakhir setelah pulang umroh, sebelumnya pasien sering mengalami seperti ini jika terlalu lelah dan mendengar suara bisikan, bahwa dirinya merasa gelisah. Pasien mendengar bisikan tersebut tidak menentu, kadang pagi, kadang sore. Suara tersebut seperti memanggil namanya dan suara tersebut seperti suara anaknya. Pada subbab ini tidak ditemukan kesenjangan dikarenakan pasien mampu menjelaskan awal mula kejadian dirumah sampai dibawa ke Ruang Jiwa Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

* + 1. Faktor predisposisi

Tinjauan teori, menanyakan apakah keluarga mengalami gangguan jiwa, bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, apakah pernah melakukan atau mengalami penganiayaan fisisk, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada pasien tentang faktor predisposisi, faktor predisposisi pasien dari pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, adanya riwayat anggota keluarga yang gangguan jiwa dan adanya riwayat penganiayaan. Tinjuan kasus pasien mengatakan sebelumnya pernah dirawat disini sekitar 25 tahun yang lalu. Berhasil Namun kambuh kembali dikarenakan pasien saat dirumah tidak mau berobat/kontrol kembali. Pasien tidak pernah mengalami kekerasan fisik. Subbab ini tidak ditemukan kesenjangan dikarenakan pasien mampu menjelaskan sesuai yang diminta sesuai tinjauan teori.

* + 1. Pemeriksaan fisik

Tinjauan teori, memeriksa tanda – tanda vital, tinggi badan, berat badan dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan pasien. Pasien dengan halusinasi biasanya jarang ditemukan keluhan fisik (kecuali penyakit turunan). Tinjauan kasus Tanda Vital : TD:141/84 mmHg, N:81x/mnt, S:36.1ºC, RR:20x/mnt, Ukur :TB: 155 cm, BB: 60 kg, Keluhan fisik : Pasien mengatakan tidak ada keluhan. Dalam subbab ini tidak ditemukan kesenjangan karena sesuai dengan tinjauan teori.

* + 1. Psikososial
       1. Genogram

Genogram menggambarkan pasien dan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh. Dalam tinjauan kasus pasien anak ke empat dari 9 bersaudara, ibu masih hidup dan bapaknya sudah meninggal. Pasien juga mempunyai suami dan tiga orang anak.

* + - 1. Konsep diri
         1. Gambaran diri

Tinjauan teori, tanyakan soal presepsi pasien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi pasien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai. Tinjauan kasus, pasien mengatakan bersyukur memiliki tubuh yang normal dan tidak ada keterbatasan fisik.

* + - * 1. Identitas diri

Tinjauan teori, bagaiamana status dan posisi pasien sebelum pasien dirawat, kepuasan pasien terhadap status posisinya, kepuasan pasien sebagai perempuan atau laki – laki. Tinjauan kasus, pasien mengatakan dirinya sebagai seorang wanita berusia 60 tahun status sudah menikah dan memiliki 3 orang anak.

* + - * 1. Fungsi peran

Tinjauan teori tugas atau peran pasien dalam keluarga/ pekerjaan/ kelompok masyarakat, kemapuan pasien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, perubahan yang terjadi saat pasien sakit dan dirawat, bagaimana perasaan pasien akibat perubahan tersebut. Fungsi peran pada pasien perilaku kekerasan terganggu karena adanya perilaku mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Tinjauan kasus pasien sebelum masuk rumah sakit klien berperan sebagai seorang istri dan seorang ibu, sebagai ibu rumah tangga.

* + - * 1. Ideal diri

Tinjauan teori dilakukan pengkajian yang berhubungan dengan harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, lingkungan, harapan klien terhdap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya. Tinjauan kasus pasien mengatakan semoga penyakitnya sembuh dan segera bisa pulang.

* + - * 1. Harga diri

Tinjauan teori harga diri yaitu penilaian tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku seseorang sesuai dengan ideal dirinya. Dalam tinjauan kasus pasien mengatakan malu dengan keadaanya yang sekarang karena tidak bisa mengurus suami dan anaknya, Sering gelisah dengan keadaannya yang sekarang dialaminya, pasien tampak selalu berada di dalam kamar dan berinteraksi seperlunya. Subbab ini tidak ditemukan kesenjangan dikarenakan sesuai dengan konsep teori pasien halusinasi biasanya tidak percaya diri bila ingin berinteraksi dengan yang lain.

* + - * 1. Hubungan sosial

Tinjauan teori hubungan sosial pada pasien halusinasi terganggu karena adanya resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan karena bisikan-bisikan, selanjutnya dalam pengkajian dilakukan obsevasi mengenai adanya hubungan kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat, kemauan dalam berinteraksi dengan orang lain. Tinjauan kasus pasien mengatakan orang yang paling berarti adalah keluarga. Pasien mengatakan, sebelum masuk rumah sakit pasien lebih sering didalam rumah dan jarang berkomunikasi dengan tetangganya. Subbab ini ditemukan kesenjangan dimana didalam tinjauan teori menyebut pasien halusinasi resiko menciderai diri, orang lain dan lingkungan sedangkan dalam tinjauan kasus tidak ditemukan, pasien cendurung menyendiri dan tidak percaya diri dalam lingkungan sosial.

* + - * 1. Spiritual

Tinjauan teori nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah/ menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan ibadah. Tinjauan kasus pasien beragama islam, Pasien melakukan ibadah sholat 5 waktu tetapi tidak sesuai dengan waktunya seperti sholat tahajud yang dilakukan pada pagi hari dan saat pasien sedang melakukan sholat tidak menggunakan mukenah dan sejadah.

* + 1. Status mental

Tinjauan teori status mental meliputi penampilan (tidak rapi, tidak serasi dan cara berpakaian). Pembicaraan (terorganisir atau berbelit- belit), aktifitas motorik (meningkat atau menurun), alam perasaan (suasana hati dan emosi). Tinjauan kasus pasien tampak bepenampilan baik, berpakaian sesuai dengan umurnya, pembicaraan saat pengkajian pasien berbicara berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat lainnya yang tidak ada kaitannya , aktifitas motorik pasien tampak selalu menyendiri di kamar, merasa gelisah. alam perasaan pasien merasa sedih dengan munculnya suara-suara itu karna mirip dengan suara anaknya yang dikira ingin menjempunya. Subbab ini tidak ditemukan kesenjangan karena pasien halusinasi biasanya tidak berpenampilan rapi dan tidak mampu merawat tubuhnya dengan maksimal. Tinjauan kasus ditemukan sama seperti tinjauan teori.

* + 1. Tinjauan teori kebutuhan persiapan pulang yaitu meliputi pola aktifitas sehari–hari termasuk makan dan minum, BAB dan BAK, istirahat tidur, perawatan diri, pengobatan dan pemeliharaan kesehatan serta aktivitas dalam dan luar ruangan. Tinjauan kasus pasien mampu melakukan aktifitas dirumah seperti memasak dan mencuci piring dan pakaian. Pasien bisa melakukan mandiri yaitu BAB/BAK, makan/minum, istirahat, dan minum obat. Subbab ini tidak ditemukan kesenjangan dengan tinjauan teori.
    2. Tinjauan teori mekanisme koping menanyakan bagaimana respon pasien saat mengahadapi suatu masalah, dan pasien halusinasi cuek dengan masalah yang dihadapi dan cenderung menghindar. Tinjauan kasus pasien mengatakan, ketika ada masalah klien mampu mnyelesaikan masalah dengan marah-marah terlebih dahulu dan selalu membicarakan hingga menemukan jalan keluar. Subbab ini tidak ditemukan kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus.
  1. **Diagnosa Keperawatan**

Menurut Stuart dan Laira (2005) dalam buku (Muhith, 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.

Gangguan persepsi sensori: halusinasi .

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

Ketiga diagnosa keperawatan diatas, ada 2 yang sesuai kedalam tinjauan kasus, yaitu :

* + - 1. Resiko Perilaku Kekerasan
      2. Harga Diri Rendah
      3. **Isolasi Sosial : Menarik Diri**
      4. Distress Spiritual
      5. Ansietas
      6. Resiko Mencederai Diri dan Orang Lain
      7. **Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran**
      8. Gangguan Proses Pikir
      9. Koping Individu Tidak Efektif
      10. Gangguan Peliharaan Kesehatan
      11. Defisit Pengetahuan
    1. Defisit Pengetahuan

Diagnosa keperawatan, pada tinjauan kasus tidak ditemukan *Effect* : Resiko menciderai diri, karena dalam tinjauan teori pasien halusinasi dapat menyebabkan resiko menciderai diri dengan indikator pasien suka marah-marah tanpa sebab, pasien suka ngomel-ngomel tanpa sebab. Sedangkan tinjauan kasus pasien hanya suka mondar-mandir saja, marah-marah, sehingga pada subbab ini ditemukan kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus.

* 1. **Perencanaan**

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 (Lilik Ma’rifatul Azizah,Imam Zainuri, 2016)

Tinjauan kasus dilaksanakan sesuai dengan perencaan, namun hanya dilakukan sp untuk pasien saja karena kebetulan saat itu keluarga pasien tidak ada ditempat.

Perencanaan peran keluarga sangat diperlukan sebagai indikator untuk membantu dalam pemulihan pasien, dengan diajarkan teknik menghardik, mengajak atau mau diajak pasien untuk bercakap-cakap saat suara itu muncul sampai dalam proses pengobatan. Selain itu, peran keluarga disini dapat sebagai pemberi informasi dalam kondisi pasien dari awal mulai kejadian sampai dibawa ke Ruang Jiwa RSAL Dr. Ramelan Surabaya.

* 1. **Pelaksanaan**

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).

Tinjauan teori, perencanaan pelaksanaan tindakan keperawatan pasien terdapat empat tujuan strategi pelaksanaan yang akan dilaksanakan yaitu:

* + 1. Pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengidentifikasi halusinasinya (isi, waktu, frekuwensi, situasi, respon), pasien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik
    2. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain
    3. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan sosial
    4. Pasien dapat menggunakan obat dengan benar.

Sedangkan tinjauan kasus 4 strategi pelaksanaan yang berhasil dicapai yaitu:

1. SP 1
   1. Pasien dapat membina hubungan saling percaya
   2. Pasien dapat mengidentifikasi halusinasinya (isi, waktu, frekuwensi, situasi, respon)
   3. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasinya.

Karena pasien mampu diajarkan cara untuk menghardik. Tujuan SP 1 penulis membutuhkan waktu satu hari pada tahap pengumpulan data.

1. SP 2
   1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien
   2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap- cakap dengan orang lain
   3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

Saat dilakukan sp 2 ini pasien tidak mampu melakukannya (bercakap-cakap dengan orang lain), sehingga penulis mengulang kembali sp 2 pada hari ke

Hari ke 3, penulis mengulang kembali sp 2 karna hari kedua sp 2 tidak berhasil dan hari ketiga sp 2 berhasil, yaitu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Penulis berhasil dan melanjutkan sp 3.

1. SP 3
   * + 1. Evaluasi sp sebelumnya
       2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap- cakap dengan orang lain
       3. Mengontrol halusinasi dengan cara kegiatan harian yang terjadwal

Hari ke 4, penulis mengajarkan sp 3 dan berhasil, yaitu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain dan membuat kegiatan harian. Penulis berhasil melanjutkan sp 4 dihari yang sama namun berbeda jam.

1. SP 4
   1. Evaluasi sp sebelumnya
   2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap- cakap dengan orang lain
   3. Menjelaskan kepada pasien dalam pengobatan secara teratur
   4. **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 (Lilik Ma’rifatul Azizah,Imam Zainuri, 2016).

Pelaksanaan strategi pelaksanaan dapat di evaluasi pada SP 1 pasien mampu membina hubungan saling percaya, membantu mengontrol halusinasi terlaksana dalam waktu satu kali pertemuan pada hari pertama. SP 2 pasien tidak mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap dengan orang lain, hari kedua tidak berhasil melakukan SP 2 pasien dan melanjutkan hari ketiga baru berhasil melakukan SP 2. Melanjutkan SP 3, hari keempat Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara kegiatan harian yang terjadwal. Melanjutkan SP 4 hari keempat di jam yang berbeda, Menjelaskan kepada pasien dalam pengobatan secara teratur dan pasien mengerti.

Kondisi lingkungan, dukungan sosial dan penerimaan orang-orang disekitar sangat berpengaruh pada kesembuhan pasien. Ketidakdatangan keluarga juga dapat menyebabkan penulis tidak dapat melaksanakan strategi pelaksanaan sesuai yang direncanakan.

**BAB 5**

**PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa secara langsung pada pasien Ny. S dengan kasus halusinasi pendengaran, di Ruang Jiwa RSAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien halusinasi pendengaran.

* 1. **Kesimpulan**

Hasil uraian yang telah dituliskan tentang asuhan keperawatan pada pasien Ny. S halusinasi pendengaran, maka penulis mengambil kesimpulan yaitu :

* + 1. Pengkajian

Pengkajian Ny. S dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran di Ruang Jiwa RSAL Dr. Ramelan Surabaya, didapati bahwa halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, artinya klien menganggap sesuatu yang nyata tanpa rangsang dari luar. Respon ini dapat menimbulkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan, penanganan klien pada halusinasi pendengaran perlu dilakukan secara cepat dan tepat.

* + 1. Diagnosa Keperawatan

Asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran pada Ny. S dengan diagnosa medis skizofrenia di Ruang Jiwa RSAL Dr. Ramelan Surabaya, menemukan 3 masalah keperawatan yaitu gangguan persepsi sensori :halusinasi pendengaran, isolasi sosial : menarik diri, resiko menciderai diri.

* + 1. Rencana Keperawatan

Rencana yang disusun dan akan diberikan kepada klien dan keluarga pasien yaitu berupa strategi pelaksanaan yang ada 4 strategi pelaksanaan, yaitu SP 1 bertujuan untuk membantu klien mengenali halusinasinya yaitu mencakup isi halusinasi (apa yang didengar), waktu terjadinya halusinasi, frekuwensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul lalu respon klien saat halusinasi muncul. Melatih klien mengontrol halusinasi, yaitu dengan cara pertama teknik menghardik,SP 2 yaitu melatih klien mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, SP 3 yaitu melakukan aktivitas sosial dengan terjadwal, dan SP 4 yaitu melatih pasien untuk minum obat secara teratur karena dengan minum obat secara teratur akan menghindari kambuhnya gangguan jiwa tersebut. Ada juga strategi pelaksanaan yang ditujukan untuk keluarga pasien, yaitu memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi, cara- cara merawat pasien halusinasi. melatih keluarga praktik merawat pasien dengan halusinasi langsung dihadapan pasien, memberi kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat pasien dengan halusinasi langsung dihadapan pasien dan yang terakhir membuat perencanaan pulang bersama keluarga.

* + 1. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawata dilakukan mulai Kamis, 28 Januari 2020 10:00 dengan menggunakan rencana strategi pelaksanaan yang telah dibuat, selama empat hari klien mampu melaksanakan hingga strategi pelaksanaan ke 4.

* + 1. Evaluasi

Evaluasi yang didapatkan dari pasien, yaitu pasien sudah mampu untuk mengenal jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respon klien terhadap halusinasinya pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, mampu melakukan aktivitas sosial dengan terjadwal, dan pasien mau untuk minum obat secara teratur

* + 1. Dokumentasi

Dokumentasi yang didapatkan selama kegiatan dilakukan, yaitu melakukan strategi pelaksaan sesuai rencana, yang didokumentasikan adalah respon pasien atau data subjektif yang dikatakan pasien, data objektif yang bisa di observasi setiap harinya, lalu assesment dan yang terakhir adalah planning atau tindak lanjut untuk hari berikutnya.

* 1. **Saran**

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

* + 1. Bagi Institusi Pendidikan

Menambah pengetahuan dan keterampilan mahasiswa, khususnya tentang pemberian asuhan keperawatan pasien jiwa, sehingga mahasiswa lebih professional mengaplikasikan kasus secara nyata.

* + 1. Bagi Rumah Sakit

Meningkatkan pelayanan yang ada dirumah sakit terutama dalam menerapkan asuhan keperawatan jiwa khususnya dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis skizofrenia.

* + 1. Bagi Mahasiswa

Meningkatkan dan mengembangkan pengetahuan mahasiswa tentang ilmu keperawatan jiwa sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Serta mengetahui terlebih dahulu beberapa masalah utama dan diagnosa medis yang meliputi keperawatan.

**DAFTAR PUSTAKA**

Azizah, Zainuri, A. (2013). Study Tingkat Stres Keluarga Gangguan Jiwa Skizofrenia di Puskesmas Gedongan Kota Mojokerto. *Journal of Chemical Information and Modeling*, *53*(9), 1689–1699.

Azizah, M. lilik, Zainuri, I., & Akbar, A. (2016). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik. *Indomedia Pustaka*, 291.

Damayanti M, I. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Refika Aditama.

Fajrullah, S., Aldam, S., Wardani, I. Y., Keperawatan, F. I., & Indonesia, U. (2019). *Efektifitas Penerapan Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Generalisis Pada Pasien Skizofrenia Dalam Menurunkan Gejala Halusianasi*. *1*, 165–172.

Hidayati, Catur, Rochmawati, T. (2014). Pengaruh Terapi Religius Zikir Terhadap Peningkatan Kemampuan Mengontrol Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Halusinasi Di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan (JIKK)*, 1–9.

Keliat, B. A., et al. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas : CMHN (Intermediate Nurse)*. EGC.

Kusumawati & Hartono. (2010). *Buku ajar keperawatan jiwa. Jakarta: Salem Medika - Bing*. Salem Medika.

Lilik Ma’rifatul Azizah,Imam Zainuri, A. A. T. (2016). *Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik*.

Maha, N. (2015). *Evaluasi Asuhan Keperawatan Pada Pasien Jiwa*.

Meliana, T. (2013). Penerapan Strategi Pelaksanaan 1 Pada Klien Sskizofrenia Paranoid Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran. *Journal of Chemical Information and Modeling*, *53*(9), 1689–1699.

Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa Teori dan Aplikasi*. CV ANDI OFFSET.

Nugroho, R. (2017). *Penerapan terapi religius zikir pada klien skizofrenia dengan perubahan persepsi sensori halusinasi di wilayah puskesmas gombong ii*.

Oliver, J. (2013). Penyakit Gangguan Jiwa. *Journal of Chemical Information and Modeling*, *53*(9), 1689–1699.

Sani, A. . (2011). *skizofrenia splinting personality* (1st ed.). Jelajah Nusa.

Stuart. (2007). *STIKes PERINTIS PADANG*.

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

Yosep. (2010). *Yosep, I.FDG. (2007). Keperawatan jiwa. Bandung: PT Refika Aditama. (2009). Keperawatan jiwa: edisi revisi. Bandung: PT Refika Aditama - Bing*. PT Refika Aditama.

Yosep, I., Puspowati, N. L. N. S., & Sriati, A. (2009). Pengalaman Traumatik Penyebab Gangguan Jiwa ( Skizofrenia ) Pasien di Rumah Sakit Jiwa Cimahi Traumatic Experiences of Mental Disorder Client ( Schizophrenia ) at Mental Health Hospital Cimahi. *Mkb*.

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

**Lampiran 1**

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

SP I HALUSINASI

1. PROSES KEPERAWATAN
2. Kondisi Klien : Klien tampak bingung, bicara ngelantur,mondar-mandir, suka melamun, dan suka menyendiri dikamar.
3. Diagnosa Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori :Halusinasi pendengaran
4. Tujuan Khusus :

* Membantu pasien mengenal halusinasi
* Menjelaskan cara-cara mengontrol halusinasi
* Mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara pertama : menghardik halusinasi.

1. Tindakan Keperawatan :
2. Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien
3. Mengidentifikasi isi halusinasi pasien
4. Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien
5. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien
6. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi
7. Mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi
8. Mengajarkan pasien menghardik halusinasi
9. Menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dan jadwal kegiatan harian
10. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
11. Salam Terapeutik :“Selamat pagi Bu. Saya perawat yang akan merawat yang akan merawat Ibu. Nama saya perawat Meitry citra, senang dipanggil Citra. Nama Ibu siapa? Senang dipanggil apa?”
12. Evaluasi/Validasi :“Bagaimana perasaan Ibu hari ini? Apa keluhan Ibu saat ini?”
13. Kontrak :
14. Topik :“Baiklah, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang selama ini Ibu dengar tetapi tak tampak wujudnya?”
15. Tempat :“Dimana kita duduk? Bagaimana kalau diruang tengah?”
16. Waktu : “Berapa lama Bu kita bicara? Bagaimana kalau 30 menit? Baiklah”
17. TAHAP KERJA
18. “Apakah Ibu mendengar suara tanpa ada wujudnya? Apakah yang dikatakan suara itu?”
19. “Apakah terus-menerus terdengar atau sewaktu-waktu? Kapan yang paling sering Ibu dengar suara?”
20. “Berapa kali sehari Ibu mengalami hal tersebut?”
21. “Pada keadaan apa suara itu terdengar? Apakah pada waktu sendiri?”
22. “Apa yang Ibu rasakan pada saat mendengar suara itu? Apa yang Ibu lakukan saat mendengar suara itu? Apakah dengan cara itu suara-suara itu hilang? Bagaimana kalau kita belajar cara-cara untuk mencegah suara-suara itu muncul?”
23. “Bu, ada empat cara untuk mencegah suara-suara itu muncul. Pertama, dengan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan yang Keempat minum obat dengan teratur. Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan cara menghardik”
24. “Caranya sebagai berikut: saat suara-suara itu muncul, langsung Ibu bilang, pergi saya tidak mau dengar, ..... saya tidak mau dengar. Kamu suara palsu. Begitu diulang-ulang sampai suara itu tidak terdengar lagi. Coba diperagakan. Nah, begitu, .... bagus! Coba lagi!! Ya, bagus Ibu sudah bisa”
25. TERMINASI
26. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan : “Bagaimana perasaan Ibu setelah peragakan latihan menghardik tadi?” Kalau suara itu muncul lagi silahkan coba dengan cara tersebut!
27. Tindak lanjut klien : “Bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya? Mau jam berapa saja latihannya? (masukkan kegiatan latihan menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian pasien)
28. Kontrak yang akan dating
    1. Topik: “Bagaimana kalau kita bertemu lagi besok pagi untuk belajar dan latihan mengendalikan suara-suara dengan cara yang kedua?
    2. Waktu: “Jam berapa Ibu? Bagaimana kalau besok jam 8 pagi?”
    3. Tempat : “Dimana tempatnya? Bagaimana kalua di ruang tangah? Baiklah, sampai jumpa. Selamat pagi”

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

SP II HALUSINASI

1. PROSES KEPERAWATAN
2. Kondisi Klien : Klien tampak bingung, bicara ngelantur, mondar-mandir,suka melamun, dan suka menyendiri dikamar.
3. Diagnosa Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi pendegaran
4. Tujuan Khusus : Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara kedua : bercakap-cakap dengan orang lain
5. Tindakan Keperawatan :

* Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
* Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.
* Menganjurkan pasien memasukkkan dalam jadwal kegiatan sehari-hari

1. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
2. Salam Terapeutik :“Selamat pagi Bu?”
3. Evaluasi/Validasi :“Bagaimana perasaan Ibu hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai cara yang sudah saya ajarkan kemarin? Berkurangkah suara-suaranya? Bagus!
4. Kontrak :
   1. Topik :“Sesuai janji kita kmrin, saya akan latih cara kedua untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain”
   2. Tempat :“Dimana kita duduk? Bagaimana kalau diruang tengah?”
   3. Waktu :“Berapa lama Bu kita bicara? Bagaimana kalau 20 menit? Baiklah”
5. TAHAP KERJA
6. “Cara kedua untuk mengontrol halusinasi yang lain adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain”
7. “Jadi kalau Ibu mulai mendengar suara-suara, langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol. Minta teman untuk ngobrol dengan Ibu. Contohnya begini; .... Tolong, saya mulai dengar suara-suara. Ayo ngobrol dengan saya! Atau kalau ada orang dirumah misalnya, Kakak Ibu katakan “Kak, ayo ngobrol dengan Ibu, Ibu sedang mendengar suara-suara” Lakukan seperti saya tadi lakukan”
8. “Ya, begitu. Bagus! Coba sekali lagi! Bagus! Nah, latih terus ya Ibu”
9. TERMINASI
10. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan : “Bagaimana perasaan Ibu setelah latihan ini? Jadi sudah ada beberapa cara yang Ibu pelajari untuk mengontrol suara-suara itu. Bagus, cobalah kedua cara ini kalau Ibu mengalami halusinasi lagi.“
11. Tindak lanjut klien : “Bagaimana kalau kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian Ibu? Mau jam berapa latihan bercakap-cakap? Nah nanti lakukan secara teratur serta sewaktu-waktu suara itu muncul.”
12. Kontrak yang akan datang
13. Topik: ” Besok pagi saya akan kesini lagi. Bagaimana kalau kita latih cara yang ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal?”
14. Waktu : “Mulai jam berapa? Bagaimana kalau jam 08.00 pagi?”
15. Tempat: “Di ruang tengah ya bu kita mengobrol? Baiklah, sampai jumpa. Selamat pagi”

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

SP III HALUSINASI

1. PROSES KEPERAWATAN
2. Kondisi Klien : Pasien tampak bingung, mondar-mandir, suka melamun, dan suka menyendiri di dalam kamar. Pasien sudah berlatih cara mengontrol halusinasi dengan cara yang kedua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain.
3. Diagnosa Keperawatan : Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran
4. Tujuan Khusus : Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga: Melaksanakan aktivitas terjadwal
5. Tindakan Keperawatan :

* Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
* Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa di lakukan pasien)
* Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan sehari-hari

1. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
2. Salam Terapeutik :“Selamat pagi bu”
3. Evaluasi / Validasi :“Bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai dua cara yang telah kita latih? Bagaimana hasilnya? Bagus!”
4. Kontrak
5. Topik :“Sesuai janji kita, hari ini kita akan belajar cara yang ketiga untuk mencegah halusinasi yaitu melakukan kegiatan terjadwal”
6. Tempat:“Mau dimana kita bicara? Baik kita duduk di ruang tengah”
7. Waktu :“Berapa lama kita bicara? Bagaimana kalau 30 menit? Baiklah”
8. KERJA (Langkah-langkah tindakan keperawatan)
9. “Apa saja yang biasa ibu lakukan? Pagi-pagi apa kegiatannya, terus jam berikutnya (terus ajak sampai di dapatkan kegiatannya sampai malam). Wah banyak sekali kegiatannya”
10. “Mari kita latih dua kegiatan hari ini (latih kegiatan tersebut). Bagus sekali ibu bisa melakukannya. Kegiatan ini dapat ibu lakukan untuk mencegah suara tersebut muncul. Kegiatan yang lain akan kita latih lagi agar dari pagi sampai malam ada kegiatan”
11. TERMINASI
12. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan :“Bagaimana perasaan ibu setelah kita bercakap-cakap tentang cara ketiga untuk mencegah suara-suara? Coba sebutkan 3 cara yang telah kita latih untuk mencegah suara-suara. Bagus sekali”
13. Tindak lanjut klien :“ Mari kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian ibu. Coba lakukan sesuai jadwal ya!”
14. Kontrak yang akan datang :
15. Topik :“Bagaimana kalau besok kita membahas cara minum obat yang baik serta guna obat”
16. Waktu :“Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 08.00 pagi?”
17. Tempat :“Di ruang tengah ya! Sampai jumpa. Selamat pagi”

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

SP IV HALUSINASI

1. PROSES KEPERAWATAN
2. Kondisi Klien : Pasien tampak bingung, mondar-mandir dan suka menyendiri di dalam kamar. Pasien sudah jarang mendengar halusinasinya. Sudah mempu mempraktekkan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dan melakukan kegiatan terjadwal
3. Diagnosa Keperawatan : Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran
4. Tujuan Khusus : Melatih pasien menggunakan obat secara teratur
5. Tindakan Keperawatan :

* Mengevaluasi jadwal pasien yang lalu (sp 1, 2, 3)
* Menanyakan pengobatan sebelumnya
* Menjelaskan tentang pengobatan
* Melatih pasien minum obat (5 benar)
* Masukkan dalam jadwal kegiatan harian

1. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
2. Salam Terapeutik : “Selamat pagi bu”
3. Evaluasi / Validasi : “Bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai tiga cara yang telah
4. kita latih? Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan? Apakah pagi ini sudah minum obat?
5. Kontrak
6. Topik : “Baik, hari ini kita akan mendiskusikan tentang obat-obatan yang ibu minum”
7. Tempat:“Mau dimana kita bicara? Baik kita duduk di ruang tengah”
8. Waktu :“Berapa lama kita mendiskusikan hal ini? Bagaimana kalau 30 menit? Baiklah”
9. KERJA (Langkah-langkah tindakan keperawatan)
10. Bu adakah bedanya setelah minum obat secara teratur. Apakah suara- suara berkurang/hilang ? minum obat sangat penting supaya suara-suara yang ibu dengar dan mengganggu selama ini tidak muncul lagi.
11. Berapa macam obat yang ibu minum ? (perawat menyiapkan obat pasien ) ini yang warna orange (CPZ) 3Kali sehari jam 7 pagi, jam 1 siang dan jam 7 malam gunanya untuk menghilangkan suara-suara. ini yang putih (THP) 3 Kali sehari jam nya sama gunanya untuk rileks dan tidak kaku. Sedangkan yang merah jambu (HP) 3 Kali sehari jam nya sama gunanya untuk pikiran biar tenang.
12. Kalau suara-suara sudah hilang obatnya tidak boleh diberhentikan. Nanti konsultasikan dengan dokter, sebab kalau putus obat, ibu akan kambuh dan sulit untuk mengembalikan ke keadaan semula.
13. Kalau obat habis ibu bisa minta ke dokter untuk mendapatkan obat lagi. ibu juga harus teliti saat menggunakan obat-obatan ini. pastikan obatnya benar, artinya ibu harus memastikan bahwa itu obat yang benar-benar punya ibu. jangan keliru dengan milik orang lain. baca nama kemasannya. pastikan obat diminum pada waktunya, dengan cara yang benar yaitu diminum sesudah makan dan tepat jamnya. ibu juga harus perhatikan berapa jumlah obat sekali minum dan harus cukup minum 10 gelas per hari.
14. TERMINASI
15. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan : ‘’ bagaimana perasaan ibu setelah kita bercakap-cakap tentang obat ? Sudah berapa cara yang kita latih untuk mencegah suara-suara ? coba sebutkan ! bagus
16. Tindak lanjut klien : Mari kita masukkan jadwal minum obatnya pada jadwal kegiatan bu. jangan lupa pada waktunya minta obat pada perawat atau pada keluarga kalau dirumah
17. Kontrak yang akan datang
18. Topik :’’besok kita ketemu lagi untuk melihat manfaat 4 cara mencegah suara yang telah kita bicarakan’’
19. Waktu : “Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 08.00 pagi?”
20. Tempat : “Mau dimana kita bicara? Baik kita duduk di ruang tengah”