



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A DENGAN  
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI  
PENDENGARAN DI RUANG BELIMBING  
RSKD DUREN SAWIT**

**Disusun Oleh:  
JULIUS MARTONO  
201701077**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
STIKes MITRA KELUARGA  
BEKASI  
2020**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A DENGAN  
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI  
PENDENGARAN DI RUANG BELIMBING  
RSKD DUREN SAWIT**

**Disusun Oleh:  
JULIUS MARTONO  
201701077**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
STIKes MITRA KELUARGA  
BEKASI  
2020**

## LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Julius Martono

NIM : 201701077

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga Program Studi  
DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Ruang Belimbing RSKD Duren Sawit” yang dilaksanakan pada tanggal 21 Januari 2020 sampai dengan 23 Januari 2020 adalah hasil karya sendiri dan semua sumber yang digunakan sudah saya nyatakan dengan benar. Orisinalitas makalah ilmiah ini tanpa ada unsur plagiarisme baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya. Bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia menanggung semua resiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 26 Mei 2020

Yang membuat pernyataan



Julius Martono

## LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Ruang Belimbing RSKD Duren Sawit” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 26 Mei 2020

Pembimbing Makalah



Ns. Renta Sianturi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan  
STIKes Mitra Keluarga



Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B

## LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Ruang Belimbing RSKD Duren Sawit” yang disusun oleh Julius Martono (201701077) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 08 Juni 2020.

Bekasi, 08 Juni 2020

Penguji I



Ns. Desi Pramujiwati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J

Penguji II



Ns. Renta Sianturi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J

**Nama Mahasiswa** : Julius Martono  
**NIM** : 201701077  
**Program Studi** : Diploma III Keperawatan  
**Judul Karya Tulis** : “Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Ruang Belimbing Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit”  
**Halaman** : xiv+76 halaman+1 lampiran+1 tabel+5 diagram  
**Pembimbing** : Renta Sianturi

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Skizofrenia adalah gangguan perkembangan saraf otak yang disebabkan oleh faktor keturunan dan gangguan pada otak itu sendiri, skizofrenia terbagi menjadi dua tanda dan gejala salah satunya, yaitu gejala positif meliputi halusinasi dan perilaku kekerasan. Berdasarkan hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan oleh mahasiswa DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga di Rumah Sakit Duren Sawit, dari 67 kasus kelolaan selama 4 minggu yang di mulai dari tanggal 2-24 Januari 2020, hasil prevalensi penyakit terbanyak yang didapat oleh mahasiswa adalah halusinasi sebanyak 59,7%. Menurut jurnal zukna (2017) halusinasi yang sering terjadi, yaitu halusinasi pendengaran yang terjadi pada 70% pasien, sehingga perlu peran perawat dalam menangani masalah halusinasi, yaitu sebagai pemberi asuhan keperawatan secara komprehensif.

**Tujuan Umum:** Laporan kasus ini bertujuan untuk memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi.

**Metode Penulisan:** Metode dalam penulisan makalah ilmiah ini menggunakan metode naratif deskriptif, yakni dengan pengelolaan kasus dan studi kepustakaan.

**Hasil:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan melatih pasien dengan melaksanakan strategi pelaksanaan (SP) 3 dan strategi pelaksanaan (SP) 2 halusinasi serta melakukan strategi pelaksanaan (SP) 1 resiko perilaku kekerasan, terjadi peningkatan kemampuan pasien dengan bercakap-cakap dan mengetahui 5 benar minum obat serta pasien dapat mengontrol amarah dengan tarik nafas dalam dan pukul Kasur bantal. Perubahan tanda dan gejala pada pasien adalah pasien sudah tidak senyum sendiri dan pasien sudah tidak berbicara cepat serta pasien tidak komat-kamit.

**Kesimpulan dan Saran:** Asuhan keperawatan yang telah diberikan pada pasien dinilai efektif dengan adanya peningkatan kemampuan pasien dengan diberikan tindakan strategi pelaksanaan (SP) halusinasi, tetapi pada kasus ini pasien harus sering diingatkan sehingga tindakan yang diberikan lebih efektif sesuai dengan kondisi pasien.

**Kata Kunci:** Asuhan keperawatan jiwa, gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

**Daftar Pustaka:** 29 (2012-2019)

**Name** : Julius Martono  
**Student ID Number** : 201701077  
**Study Program** : Diploma of Nursing  
**The Title of Scientific Paper:** Nursing Care for Mr. A with Sensory Perception Disorders: Auditory Hallucinations in the Belimbing Room of the Duren Sawit Special Regional Hospital  
**Page** : xiv+76 pages+1 attachment+1 table+5 diagrams  
**Advisor** : Renta Sianturi

### *ABSTRACT*

**Background:** Schizophrenia is a disorder of brain development caused by hereditary factors and disorders of the brain itself, schizophrenia is divided into two signs and symptoms, one of which is positive symptoms including hallucinations and violent behavior. Based on the results of nursing care done by diploma of nursing students of STIKes Mitra Keluarga in Duren Sawit Hospital, from 67 managed cases for 4 weeks starting from 2-24 January 2020, the highest prevalence of illness obtained by students was hallucinations as many as 59.7%. According to the Zukna journal (2017) hallucinations that often occur, namely auditory hallucinations that occur in 70% of patients, so the nurse's role is needed in dealing with hallucinations, namely as a comprehensive nursing care provider.

**General Purpose:** This case report aims to gain real experience in providing nursing care to clients with sensory perception disorders: hallucinations.

**Writing Method:** The method in writing this scientific paper uses descriptive narrative methods, namely by managing cases and library studies.

**Results:** After taking nursing action to train the patient by implementing the implementation strategy (SP) 3 and the implementation strategy (SP) 2 hallucinations and carrying out the implementation strategy (SP) 1 risk of violent behavior, there was an increase in the patient's ability to converse and know 5 correct medication and the patient can control anger by taking a deep breath and hitting a pillow mattress. Changes in signs and symptoms in patients is the patient does not smile alone and the patient does not speak fast and the patient doesn't speak alone anymore.

**Conclusions and Recommendations:** Nursing care that has been given to patients is considered effective by increasing the ability of patients to be given hallucination implementation strategies (SP), but in this case patients must be reminded often so that the actions given are more effective according to the patient's condition.

**Keywords:** Mental nursing care, sensory perception disorder: auditory hallucinations

**Bibliography:** 29 (2012 until 2019)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan berkat serta kekuatan kepada saya, sehingga saya dapat menyelesaikan makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Ruang Belimbing Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit”. Penulisan makalah ilmiah ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini saya mengucapkan terimakasih dengan rasa hormat kepada:

1. Ns. Renta Sianturi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J selaku dosen pembimbing dalam penyusunan makalah ilmiah sekaligus dosen penguji II yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk membimbing dan memberikan masukan kepada penulis dalam menyelesaikan makalah ilmiah ini dengan sebaik-baiknya.
2. Ns. Desi Pramujiwati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J selaku dosen penguji I yang telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis.
3. Dr. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An selaku ketua STIKes Mitra Keluarga.
4. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.MB selaku koordinator program studi DIII keperawatan STIKes Mitra Keluarga dan selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberi motivasi, semangat dan kritik yang sangat membangun untuk penulis selama menuntut ilmu di STIKes Mitra Keluarga dan dalam penulisan makalah ilmiah.
5. Seluruh staff akademik dan non akademik STIKes Mitra Keluarga yang telah menyediakan fasilitas dan bantuan dalam bentuk apapun demi kelancaran penulisan makalah ilmiah ini.
6. Pasien Tn. A yang telah bersedia untuk penulis dalam memberikan informasi selama proses keperawatan berlangsung.
7. Orang tua tercinta Bapak Yohanes Tensius dan Ibu Natalia Mina, beserta kakak, abang dan keponakan tercinta, Alm. kakak Valentina Miranti, abang Usmanto, Adik Koko, Adik Michel yang selalu memberi semangat, motivasi, dukungan, dan doa-doa bagi penulis.

8. Keluarga tercinta: Paman Imus, Bibi Seri, Bibik Dara, Paman Ujang, Bibik Alang, Alm. Kakek Suni, Alm. Nenek Adui, Nenek Darmi, Paman Lambung, Bibik Endang, Paman Sius, Bibik Ayang, Paman Mamat, Bibik Sem, Paman Tinus, Bibik Siah, Paman Banjang, Bibik Inja, Paman Mus, Paman Musa, Paman Gedi beserta orang tua angkat, Bapak An yang telah memberikan semangat, bantuan, dukungan dan doa kepada penulis.
9. Sepupu tercinta: Kakak Hen, Abang Wawan, Adik Vina, Adik Iren, Abang An, Abang Ret, Kakak Kiki, Kakak Ebet, Adik Jero, Abang Jen, Abang Deo, Adik Ines, Alm. Adik iner, Adik Ike, Adik Ita, Abang Reno, Adik Ardi, Adik Epen, Adik Je, Adik monik, Abang Romi, Abang Solon, Adik Yuni yang telah memberikan semangat, dukungan, bantuan dan doa kepada penulis.
10. Teman Spesial: Selvi Rohani Pardede yang selalu memberikan semangat dan support serta bantuan dalam mencari sumber-sumber data, membantu jika ada yang tidak dimengerti penulis dan mencari informasi dalam penulisan makalah ilmiah ini.
11. Suster Donata yang selalu memberikan doa, semangat, harapan-harapan baru serta meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan kepada kami terutama angkatan VI Kalimantan.
12. Teman-teman seperjuangan ANKA VI: Diana, Rini, Raju, Yuda, Aristo, Apra dan Yanti yang telah berjuang bersama, memberikan semangat, memberikan bantuan tenaga, serta memberikan dukungan terutama Diana dan Rini yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan penulisan makalah ilmiah ini.
13. Teman-teman kelompok KTI keperawatan jiwa: Marwati, Lindra, Vivi dan Diana.
14. Kakak dan abang kalimantan tercinta: Kakak Imelda, Kakak Intan, Abang robot, Abang jamhur, Kakak rosida, Kakak Melania, Kakak Apri, Abang pinsen, Abang domi, Abang Boy, Kakak komariah, Abang Gervan, dan Kakak kresenia yang telah memberikan semangat kepada penulis
15. Teman-teman seperjuangan Angkatan VII DIII Keperawatan yang selalu memberikan dukungan dan kerjasama selama proses perkuliahan

16. Semua pihak yang tidak mungkin sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis.

Terlepas dari semua itu, penulis menyadari masih banyak kekurangan baik dari segi isi maupun penulisan serta pengetikan dalam makalah ilmiah ini. Oleh karena itu, dengan kebesaran hati dan pikiran penulis mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan makalah ilmiah ini. Akhir kata penulis berharap semoga makalah ilmiah “Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Ruang Belimbing Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit” ini dapat memberikan manfaat dan pembelajaran bagi pembaca.

Bekasi, Mei 2020

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR DIAGRAM .....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xiv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus.....	4
C. Ruang Lingkup.....	5
D. Metode Penulisan .....	5
E. Sistematika penulisan.....	5
<b>BAB II TINJAUAN TEORI.....</b>	<b>7</b>
A. Konsep Skizofrenia .....	7
1. Pengertian skizofrenia .....	7
2. Psikodinamika .....	7
3. Manifestasi skizofrenia.....	10
4. Proses terjadinya skizofrenia.....	11
5. Klasifikasi skizofrenia .....	12
6. Penatalaksanaan.....	14
7. Manajemen obat .....	15
B. Konsep Halusinasi.....	16
1. Definisi .....	16
2. Proses Terjadinya Halusinasi .....	17

3. Jenis halusinasi .....	20
C. Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi .....	21
1. Pengkajian .....	21
2. Diagnosa keperawatan.....	24
3. Pohon Masalah .....	24
4. Perencanaan .....	25
5. Pelaksanaan .....	30
6. Evaluasi Kemampuan Pasien dan Keluarga .....	34
<b>BAB III TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>37</b>
A. Pengkajian .....	37
B. Analisa Data .....	47
C. Diagnosa Keperawatan.....	50
D. Perencanaan keperawatan .....	50
E. Pelaksanaan dan evaluasi .....	55
<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>62</b>
A. Konsep Medik .....	62
B. Konsep Asuhan Keperawatan .....	63
1. Faktor predisposisi .....	63
2. Faktor presipitasi .....	64
3. Tanda dan gejala.....	65
4. Diagnosa.....	65
5. Intervensi keperawatan.....	66
6. Implementasi keperawatan .....	67
7. Evaluasi .....	68
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>70</b>
A. Kesimpulan .....	70
B. Saran.....	72
1. Bagi Lahan Praktik .....	72
2. Bagi institusi.....	72
3. Bagi mahasiswa .....	72
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>73</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>76</b>

## DAFTAR TABEL

3.1. Analisa Data.....	44
------------------------	----

## **DAFTAR DIAGRAM**

Diagram 2.1 Patofisiologi skizofrenia.....	10
Diagram 2.2 Rentang respon halusinasi.....	16
Diagram 2.3 Pohon masalah halusinasi.....	22
Diagram 3.1 Genogram keluarga Tn. A.....	37
Diagram 3.2 Pohon masalah halusinasi.....	46

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi  
Pendengaran

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Keluarga dibentuk atas dasar pernikahan dimana 2 individu memiliki ikatan untuk membentuk keluarga yang bahagia namun, pada saat ini tidak jarang suatu pernikahan yang akhirnya berujung pada perceraian akibat pergeseran nilai-nilai dalam hidup dan ketidakmampuan menyelesaikan masalah dalam keluarga. Perceraian merupakan suatu peristiwa perpisahan secara resmi antara pasangan suami istri dan mereka tidak diwajibkan untuk menjalankan tugas dan kewajiban sebagai suami istri (Untari, 2018). Berdasarkan hasil penelitian jumlah perceraian terutama perceraian di Jakarta timur dari tahun 2010 hingga 2014 jumlah perceraian telah mencapai lebih dari 4000 kasus pada tahun 2014. Hal ini berarti sepanjang tahun 2014, setiap hari rata-rata terdapat 11 pasangan suami istri di Jakarta Timur yang melakukan perceraian (Suryaningrum, 2019). Berdasarkan data tersebut baik dari pihak suami maupun istri yang di cerai, jika tidak memiliki solusi dari masalah perceraian yang mereka hadapi maka dapat memicu emosi yang bersifat negatif.

Perceraian akan memunculkan emosi-emosi negatif seperti kesedihan, rasa cemas, kekhawatiran, merasa gagal dalam kehidupan rumah tangga dan merasa tidak mampu bertahan hidup, kondisi ini akan memicu stress. Stress merupakan suatu respon alamiah yang dimiliki setiap orang namun, jika stress tidak atasi dengan baik maka dapat mengakibatkan stress dalam jangka panjang dan dapat memberikan tekanan pada setiap individu, sehingga dapat berujung pada depresi. Dalam keadaan ini hormon kortisol yaitu hormon stres yang diproduksi di hipokampus akan meningkat secara terus-menerus dan hal tersebut dapat menyebabkan ketidakseimbangan hormon sehingga dapat berpengaruh pada kesehatan mental dan dapat menyebabkan gangguan jiwa (Lisdiana, 2012).

Gangguan jiwa adalah pola perilaku atau psikologis yang ditunjukkan oleh individu yang menyebabkan distress, tidak berfungsi secara normal, dan menurunkan kualitas kehidupan (Stuart, 2016). Dalam gangguan jiwa dikelompokkan menjadi dua yaitu gangguan mental emosional (depresi dan kecemasan) (Ayuningtyas, Misnaniarti, & Rahyani, 2018). Gangguan mental emosional merupakan suatu keadaan yang mengidentifikasi adanya perubahan emosional pada individu yang dapat berkembang pada keadaan patologis (Qonitah & Isfandiari, 2015). Gangguan jiwa berat (psikosis) merupakan bentuk gangguan dalam fungsi pikiran berupa kekacauan dalam isi pikiran untuk menilai realitas, yang ditandai oleh gejala-gejala antara lain gangguan persepsi berupa halusinasi, waham, dan perilaku aneh. Salah satu gangguan jiwa berat yaitu skizofrenia (Purnama, Yani, & Sutini, 2016).

Skizofrenia adalah gangguan perkembangan saraf otak yang disebabkan oleh faktor keturunan, serta gangguan pada otak itu sendiri. Gejala skizofrenia terbagi menjadi dua yaitu gejala positif yang meliputi waham, halusinasi, perilaku kekerasan gangguan pemikiran, bicara kacau, perilaku aneh, ekspresi tidak tepat dan gejala negatif meliputi tidak ada ekspresi, berkurang atau tidak mau berbicara, tidak peduli bahkan masa bodoh, tidak bisa bersosialisasi, tidak bisa tetap fokus (Stuart, 2016). Menurut *World Health Organization* (2019), Skizofrenia merupakan gangguan mental kronis yang menyerang 21 juta orang di seluruh dunia. Menurut jurnal Wiharjo (2014) prevalensi skizofrenia di Indonesia adalah 0,3% yaitu sekitar 2 juta jiwa menderita skizofrenia. Menurut data RISKESDAS (2018), prevalensi gangguan jiwa/ skizofrenia di Indonesia mencapai 7% per seribu penduduk. Prevalensi gangguan jiwa tertinggi terjadi di Bali, yaitu mencapai 11%, diikuti daerah Yogyakarta sebesar 10% serta Nusa Tenggara Barat sebesar 10% dan prevalensi terendah yaitu di kepulauan Riau sebesar 3 % di ikuti Nusa Tenggara Timur sebesar 4 % sedangkan prevalensi di Jawa Barat yaitu sebesar 5 % dari jumlah penduduk.

Salah satu gejala positif skizoprenia adalah halusinasi. Berdasarkan hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan oleh mahasiswa DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga di Rumah Sakit Duren Sawit, dari 67 kasus kelolahan selama 4 minggu yang dimulai dari tanggal 2-24 Januari 2020. Mahasiswa yang praktek terbagi di beberapa ruangan yaitu ruang rawat akut, sub akut, dan ruang tenang. Hasil prevalensi penyakit yang didapat oleh mahasiswa terdiri dari halusinasi sebanyak 59,7%, resiko perilaku kekerasan 10,4%, isolasi sosial 28,3%, dan harga diri rendah kronik 1,4%.

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori atau suatu objek tanpa adanya rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh panca indra. Halusinasi merupakan suatu gejala gangguan jiwa yang seseorang mengalami perubahan sensori persepsi, serta merupakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, perabaan, pengecapan dan penciuman (Stuart, 2016). Berdasarkan hasil penelitian halusinasi yang sering terjadi yaitu halusinasi pendengaran yang terjadi pada 70% pasien, kemudian halusinasi penglihatan 20%, dan sisanya 10% adalah halusinasi penghidu, pengecapan dan perabaan (Zukna & Lisiswanti, 2017).

Pasien yang halusinasi jika tidak ditangani akan mengalami masalah yang lebih serius, yaitu bisa mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan, sehingga sangat diperlukan dukungan dan peran baik secara individu, kelompok, keluarga, dan tenaga kesehatan terutama perawat. Peran perawat adalah sebagai *care giver* dalam menangani masalah halusinasi, yaitu sebagai pemberian asuhan keperawatan secara komprehensif, dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa perlu menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi melakukan pengkajian keperawatan, menegakkan diagnosa keperawatan, melakukan intervensi keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan sesuai perencanaan, dan melakukan evaluasi. Peran sebagai *educator*, membantu pasien meningkatkan kesehatan melalui pemberian pengetahuan terkait tindakan keperawatan dan

tindakan medik yang diterima sehingga mencegah perilaku yang dapat merusak diri sendiri dan orang lain. Peran sebagai *advocator*, perawat sebagai penghubung antara pasien dan dokter jika pasien ada keluhan. Peran sebagai *collaborator*, perawat bekerja sama dengan tim medis lainnya untuk memberikan tindakan dalam merawat pasien. Pada saat pasien sudah pulang ke rumah peran serta keluarga untuk memberi dukungan, kasih sayang dan penerimaan keluarga terhadap pasien sangat diperlukan sebagai sistem pendukung dalam memberikan pertolongan dan bantuan bagi pasien yang menderita gangguan persepsi sensori: halusinasi (Agustina, 2017).

Data di atas menunjukkan bahwa peran perawat sangat dibutuhkan untuk menangani masalah gangguan jiwa khususnya pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran. Asuhan keperawatan yang diberikan diharapkan dapat menurunkan dampak lebih lanjut yang dapat diakibatkan oleh halusinasi pendengaran terhadap kehidupan klien, oleh karena itu, sebagai calon perawat, penulis perlu untuk membahas lebih lanjut tentang “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran”

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Diperolehnya pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi
- b. Mampu menentukan masalah keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi
- c. Mampu merencanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai kasus yang diambil

- e. Mampu melakukan evaluasi pada pasien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik
- g. Mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta dapat mencari solusi/ alternatif pemecahan masalah.

### **C. Ruang Lingkup**

Karya tulis ilmiah ini merupakan pembahasan pemberian asuhan keperawatan pada Tn. A dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi di RS Duren Sawit yang dilaksanakan pada 21 januari 2020 sampai dengan 23 januari 2020

### **D. Metode Penulisan**

Metode dalam penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode naratif deskriptif, yakni dengan pengelolaan kasus dan studi kepustakaan. Pengelolaan kasus dilakukan dengan mengelola pasien dalam jangka waktu tertentu menggunakan proses keperawatan. Adapun teknik penyusunan bersifat studi kepustakaan yaitu dari berbagai macam referensi buku dan jurnal.

### **E. Sistematika penulisan**

Karya tulis ilmiah ini terdiri dari lima bab yang disusun secara sistematis. Bab I pendahuluan meliputi latar belakang penulisan, tujuan penulisan, ruang lingkup penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan teori meliputi konsep skizofrenia, konsep halusinasi dan kosep asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi. Bab III tinjauan kasus adalah penyajian kasus yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab IV pembahasan meliputi kesenjangan antara teori dan kasus yang di mulai dari pengkajian keperawatan sampai dengan evaluasi keperawatan. Bab V penutup yang

terdiri dari kesimpulan dan saran. Karya tulis ilmiah ini diakhiri daftar pustaka dan lampiran.

## **BAB II TINJAUAN TEORI**

### **A. Konsep Skizofrenia**

#### **1. Pengertian skizofrenia**

Kata skizofrenia adalah kombinasi dari dua kata Yunani, *schizein*, “untuk membagi,” dan *phren*, “pikiran.” Skizofrenia tidak mengacu pada “kepribadian ganda,” seperti dalam gangguan kepribadian ganda, di mana identitas hadir secara terpisah, tapi dengan keyakinan bahwa telah terjadi perpecahan antara aspek kepribadian yaitu kognitif dan emosional. Skizofrenia adalah salah satu dari gangguan jiwa. Gangguan jiwa lainnya termasuk gangguan skizofreniform, gangguan skizoafektif, gangguan waham, gangguan psikotik singkat, dan gangguan psikotik induksi zat (Stuart, 2016).

Skizofrenia adalah salah satu gangguan jiwa berat yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan dan perilaku individu (Yudhantara & Istiqomah, 2018). Skizofrenia adalah suatu gangguan yang bertahan selama 6 bulan yang meliputi satu bulan fase gejala aktif (misalnya, mengalami dua atau lebih gejala berikut seperti delusi, halusinasi, pembicaraan yang tidak terarah, perilaku katatonik, gejala negatif) (Tumanggor R. D., 2018).

#### **2. Psikodinamika**

Sampai saat ini penyebab pasti skizofrenia belum ditemukan meskipun riset-riset di bidang *neuroscience* masih tetap berjalan. Beberapa hasil riset menunjukkan bahwa skizofrenia adalah penyakit dengan penyebab yang multifactor. Salah satu faktor penyebab skizofrenia adalah biologis, psikologis, dan sosial. Faktor-faktor ini terganggu disebabkan oleh perilaku kekerasan yang dilakukan dari ibu kandung, ayah yang mengekang, maupun orang tua yang overprotektif.

Tetapi teori ini belum mampu membuktikan dengan nyata bahwa skizofrenia bisa timbul karena disfungsi keluarga. Namun, riset terus berkembang dan menemukan fakta bahwa penyebab dari skizofrenia adalah penyakit otak. Selain itu, hasil *computed tomography* (CT-Scan) menunjukkan bahwa struktur dan fungsi otak penderita skizofrenia berbeda dengan individu yang tidak mengidap skizofrenia. Gangguan struktur dan fungsi otak ini mengacu pada beberapa teori penyebab skizofrenia, yaitu:

a. Faktor *genetic*

Sudah terbukti bahwa faktor *genetic* berperan besar terhadap kejadian skizofrenia. Kecenderungan untuk menderita skizofrenia berkaitan dengan kedekatan seseorang secara *genetic*. Jika melihat populasi secara umum, maka hanya ada kemungkinan 1% penduduk dunia yang menderita skizofrenia. Namun, presentasi ini tidak berlaku untuk orang yang punya hubungan darah langsung dengan penderita skizofrenia. Anak kembar dari orang tua penderita skizofrenia kemungkinan akan menderita skizofrenia sebesar 47%, 40% jika kedua orang tua menderita skizofrenia, sedangkan 12% jika salah satu orang tua menderita skizofrenia, dan sebesar 8% pada saudara kandung di mana orang tuanya adalah penderita skizofrenia.

b. Faktor biokimia

Hipotesis mengenai penyebab skizofrenia adalah dikarenakan aktivitas dopaminergic yang terlalu tinggi. Teori ini terkait efektifitas obat-obatan antipsikotik, dalam meredam efek psikosis. Selain itu, obat-obatan yang meningkatkan kerja dopamine (misalnya: kokain dan amfetamin) yang bersifat psikomimetik. Kelebihan dopamine pada penderita skizofrenia berkaitan erat dengan keparahan dari gejala positif yang muncul.

c. Neuropatologi

Keilmuan neuropatologi berdasarkan pada abnormalitas neurokimia otak pada korteks serebral, thalamus batang otak. Kehilangan volume otak yang signifikan pada penderita skizofrenia tampaknya menimbulkan pengurangan densitas akson, dendrit dan sinaps yang erat kaitannya dengan fungsi asosiasi otak

d. Sirkuit saraf

Hipotesis sirkuit saraf menghubungkan fungsi dan metabolisme dari abnormalitas prefrontal cortex yang mengakibatkan disfungsi *sirkuit anterior cingulated basal ganglia thalamocortical*. Hal ini mengakibatkan timbulnya gejala positif skizofrenia. Selain itu, abnormalitas korteks prefrontal juga mengakibatkan disfungsi *dorsolateral* yang mengakibatkan timbulnya gejala negatif pada skizofrenia. Hal ini berhubungan Abnormalitas pada korteks prefrontal terdapat perbedaan yang sangat signifikan pada orang yang mengalami halusinasi dan tidak mengalami halusinasi

e. Metabolisme otak

Studi dengan *magnetic resonance spectroscopy* menunjukkan bahwa terdapat kadar *fosfomonoester* dan *fosfat inorganic* yang rendah pada penderita skizofrenia

f. *Applied electrophysiology*

Studi elektroensefalografis menunjukkan bahwa terdapat penurunan aktivitas alfa. Peningkatan beta dan aktivitas delta pada skizofrenia. Hal ini mengakibatkan kemungkinan aktivitas epilepsy dan abnormalitas otak kiri. Penderita skizofrenia juga menunjukkan ketidakmampuan untuk menyaring suara dan sangat sensitive dengan suara ribut. Banyaknya suara mengakibatkan penderita sulit berkonsentrasi dan mungkin menjadi faktor terjadinya halusinasi pendengaran.

g. Disfungsi gerak mata

Hasil penelitian bahwa skizofrenia menunjukkan gerakan abnormal mata 50-80% dibandingkan dengan penderita gangguan jiwa yang bukan skizofrenia.

h. *Psikoneuroimunologi*

Abnormalitas system imun tubuh dikaitkan dengan skizofrenia. Hal ini bisa dilihat dari peningkatan produksi T-cell interleukin dan pengurangan respons limfosit perifer. Walaupun belum ditemukan data yang valid akan infeksi virus yang bersifat neurotoksik yang bisa saja terjadi selama fase prenatal penderita skizofrenia, namun beberapa kasus menunjukkan bahwa ibu hamil yang mengalami influenza pada saat masa infeksi virus sedang terjadi, mempunyai anak yang beresiko menderita skizofrenia

i. *Psychoendocrinology*

Studi menunjukkan bahwa uji deksametason bersifat abnormal pada skizofrenia dibandingkan yang tidak mengalami skizofrenia walaupun hasil valid untuk teori ini masih saja dipertanyakan (Tumanggor R. D., 2018).

### 3. Manifestasi skizofrenia

Gejala skizofrenia dibagi menjadi gejala positif (perilaku normal yang berlebihan) dan gejala negatif (perilaku normal yang berkurang)

a. Gejala positif

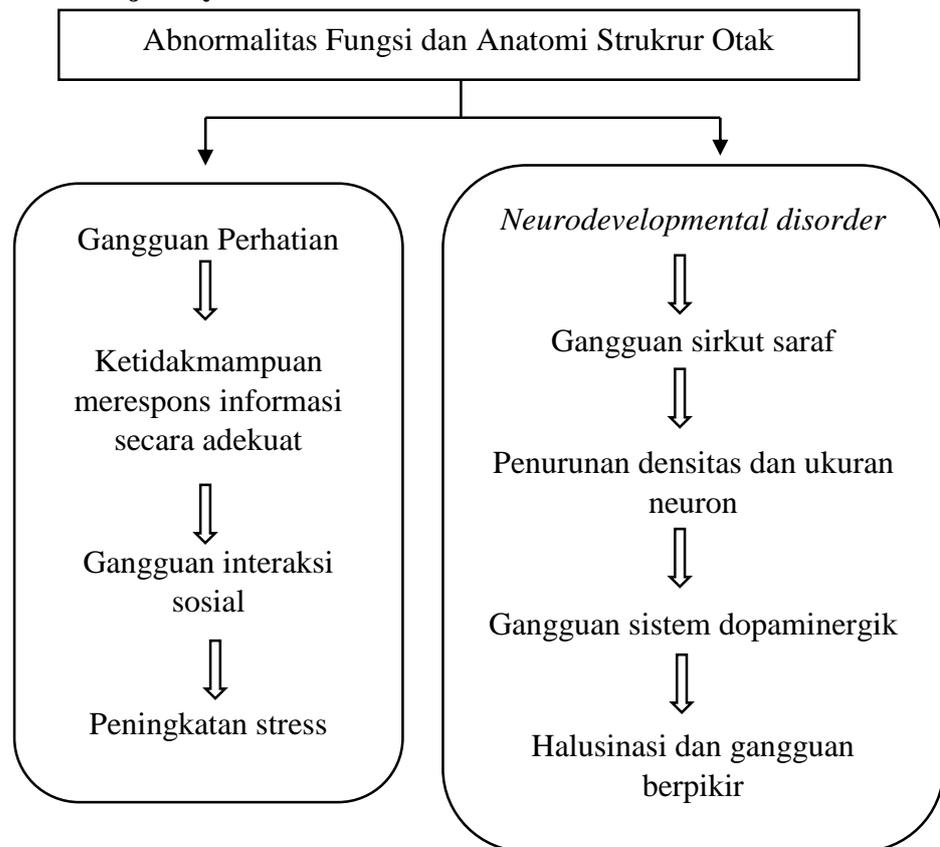
Fungsi tak berlebihan atau distorsi fungsi otak yang normal, biasanya responsif terhadap semua kategori obat antipsikotik. Gejala positif meliputi waham (paranoid, somatik, kebesaran, agama, nihilistik, atau persekutori, siar pikir, sisip pikir, atau kontrol pikir), halusinasi (pendengaran, penglihatan, sentuhan, pengecapan, penciuman), gangguan berpikir positif formal (inkoheren, *word salad*, *derailment*, tidak logis, *loose associations*, *tangentiality*, *circumstantiality*, *pressured speech*, *distractible speech*, atau miskin

bicara), perilaku aneh (katatonika, gangguan gerak, kerusakan perilaku sosial)

b. Gejala negatif

Sebuah penurunan atau hilangnya fungsi otak yang normal, biasanya tidak responsive terhadap antipsikotik tradisional dan lebih responsive terhadap antipsikotik atipikal. Gejala negatif meliputi afek datar (terbatas jangkauan dan intensitas ekspresi emosional), anhedonia/*asociality* (ketidakmampuan untuk mengalami kesenangan atau mempertahankan kontak sosial), alogia (pembatasan berpikir dan berbicara), *avolition*/apatis (kurangnya inisiasi perilaku yang diarahkan pada tujuan), gangguan perhatian (ketidakmampuan mental untuk fokus dan mempertahankan perhatian) (Stuart, 2016).

#### 4. Proses terjadinya skizofrenia



**Diagram 2.1: Patofisiologi Skizofrenia** (Tumanggor, 2018)

Walau begitu tetap saja Howes dan Kapur (2009) dalam (Tumanggor, 2018) menyatakan bahwa dominasi dopamin hanyalah salah satu faktor diantara begitu banyak faktor yang menjadi pemicu skizofrenia. Kombinasi faktor genetik, stres, disfungsi frontotemporal dan penyalahgunaan zat terlarang dipercaya sebagai pemicu peningkatan aktivitas dopamin sehingga menyebabkan timbulnya gejala positif dan gejala negatif pada kasus skizofrenia.

Perjalanan penyakit skizofrenia menurut fase dibagi menjadi beberapa fase yaitu, fase prodromal bermula saat remaja dimana terjadi perubahan persepsi dan keyakinan (*belief*), *fungsi kognitif*, *mood*, afek, serta kebiasaan yang mungkin tidak nampak nyata. Fase ini berakibat penurunan level fungsional secara sosial, fase ini terjadi sekitar bulanan hingga tahunan sebelum gejala psikosis yang jelas dimana gejala negative bersifat lebih dominan. Pada fase psikosis atau akut terjadi waham, halusinasi, perilaku, dan pembicaraan yang disorganisasi. Fase transisional atau postpsikosis merupakan sebuah fase yang memungkinkan untuk terjadinya kekambuhan yang dipengaruhi oleh stressor psikososial maupun ketidakpatuhan minum obat, pada fase ini terjadi residual pada gejala yang berupa penurunan gejala psikosis dan mendominasinya gejala negatif dan kognitif. Pada fase penyembuhan terjadi bebas gejala dan dapat melakukan aktivitas sosial (Yudhantara & Istiqomah, 2018).

## 5. Klasifikasi skizofrenia

Klasifikasi skizofrenia menurut Tumanggor (2018) sebagai berikut:

### a. Tipe paranoid

Skizofrenia tipe paranoid ditandai dengan ciri khas seperti halusinasi pendengaran dan delusi yang bertahan, karakteristik khas tampak pada penderita skizofrenia dengan tipe paranoid adalah menunjukkan satu atau lebih delusi atau halusinasi pendengaran yang kontinu (Tumanggor R. D., 2018).

Pasien skizofrenia paranoid biasanya tegang, mudah curiga, berjaga-jaga, berhati-hati, dan terkadang bersikap bermusuhan atau agresif, sulit untuk bekerja sama, sering tidak kooperatif, marah, ketakutan namun mereka kadang- kadang dapat mengendalikan diri mereka secara adekuat pada situasi sosial, tetapi fungsi kognitif dan afek masih baik (Zahnia & Sumekar, 2016).

b. Tipe *disorganized*

Skizofrenia tipe ini memiliki tanda dan gejala yang khas, yaitu melakukan pembicaraan yang tidak terarah, mengalami afek datar dan afek tidak sesuai. Namun, perilaku yang muncul dari penderita ini tidak mengarah pada perilaku katatonik (Tumanggor R. D., 2018). Pada tipe ini pasien memiliki ciri utama yaitu pembicaraan yang kacau, tingkah laku yang kacau dan afek yang datar (Zahnia & Sumekar, 2016)

c. Tipe katatonik

Skizofrenia tipe ini, salah satu skizofrenia dengan gangguan pada proses-proses motorik. Ditandai dengan kegelisahan yang parah, aktivitas motoric yang berlebihan (bukan dikarenakan adanya stimulus eksternal) atau hambatan motoric yang parah disertai negativisme (suatu perlawanan terhadap semua perintah/ nasihat), stupor (suatu keadaan tanpa rasa seperti rasa dibius), perilaku negatif di mana penderita cenderung mempertahankan posisi diam (mematung), serta gerakan aneh atau gerakan yang tidak terkendali yang ditunjukkan dengan posisi tubuh yang tidak biasa.

d. Tidak terdefiniskan

Pasien mempunyai skizofrenia yang menonjol dan gejala-gejala psikosis aktif yang menonjol (misalnya: kebingungan, inkoherena atau gangguan berpikir) (Zahnia & Sumekar, 2016). Tetapi tidak dijumpai tanda dan gejala untuk tipe paranoid, tipe disorganisasi maupun tipe katatonik (Tumanggor R. D., 2018).

e. Tipe residual

Tipe residual digunakan untuk mengklasifikasi individu-individu dengan riwayat setidaknya satu episode skizofrenia dan beberapa tanda-tanda sisa dari kelainan ini, dan gangguan skizofrenia tipe residual ini tanpa serangkaian gejala aktif atau gejala yang memadai untuk memenuhi diagnosis skizofrenia tipe lain. Emosi menumpul, penarikan sosial, perilaku eksentrik, kepercayaan yang aneh atau pemikiran yang tidak masuk akal, persepsi yang tidak biasa dan pelanggaran asosiasi ringan, sering kali tampak pada tipe ini.

## 6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan skizofrenia berat dilakukan dengan menggunakan obat-obatan antipsikotik. Antipsikotik dibagi menjadi 2 golongan, yaitu golongan Atipikal dan Tipikal.

a. Antipsikotik atipikal

Obat atipikal berefek menghambat dopamine 2 (D2) dan serotonin 2 (5-HT<sub>2</sub>) reseptor pasca sinaptik, jadi obat atipikal bersifat sebagai antagonis dopamine dan serotonin. Keuntungan obat atipikal adalah dapat memperbaiki gejala positif dan gejala negatif skizofrenia, sedangkan kerugian dari obat atipikal yaitu selain biaya yang dikeluarkan lebih besar dibandingkan obat golongan antipsikotik tipikal, obat atipikal juga dapat menyebabkan sindrom metabolic yang berhubungan dengan masalah penambahan berat badan, diabetes dan dislipidemia, serta sering mengakibatkan penyakit kardiovaskuler. Beberapa contoh obat atipikal adalah aripiprazole, asenapine, clozapine, iloperidone, lurasidone, olanzapine, paliperidone, risperidone, quetiapine, ziprasidone.

b. Antipsikotik tipikal

Obat-obat antipsikotik tipikal sebagian besar adalah dopamine antagonis (DA). Obat ini bekerja dengan cara menghambat reseptor D<sub>2</sub> postsinaptik pada beberapa saluran dopamine di otak. Obat atipikal bertanggung jawab untuk menurunkan gejala-gejala positif

skizofrenia seperti halnya gejala ekstrapiramidal. Efek samping obat antipsikotik tipikal yang ditimbulkan yaitu gejala ekstrapiramidal (EPS), dyskinesia tardif dan sindrom maligna. Contoh obat antipsikotik tipikal adalah phenothiazines, chlorpromazine, thioridazine, mesoridazine, perphenazine, trifluoperazine, fluphenazine, fluphenazine decanoate, thioxanthene, thiothixene, butyrophenones, haloperidol, haloperidol decanoate, dibenzoxazepine, loxapine, diphenylbutylpiperidine, pimozine (Stuart, 2016).

## **7. Manajemen obat**

Dalam penggunaan obat agar mendapatkan pengobatan yang efektif dan efisien perlu untuk mengetahui cara-cara untuk manajemen obat, sebagai berikut:

- a. Jika dalam menggunakan obat SDA (serotonin dopamine antagonis) golongan pertama klien tidak mengalami respons, maka harus mencoba obat SDA yang lain. Pemilihan obat seharusnya berdasarkan status klinis atau keadaan klien dan riwayat respons klien terhadap obat-obat sebelumnya.
- b. Obat SDA biasanya membutuhkan waktu agar mencapai efek yang sangat efektif dibutuhkan waktu kurang lebih 4-6 minggu dalam penggunaan obat SDA. Membutuhkan waktu kurang lebih 8 minggu untuk mencapai efek klinis agar lebih stabil dalam penggunaan SDA.
- c. Penggunaan obat SDA digunakan dengan dosis secara bertahap dimulai dengan dosis rendah dan perlahan-lahan akan dinaikkan sampai mencapai efek terapeutik. Jika klien berhenti untuk mengkonsumsi obat SDA selama 36 jam atau dalam kurun waktu satu setengah hari, maka pemberian obat harus di minum mulai dari tahap awal kembali.

- d. Data riwayat kesehatan klien harus mencakupi: tekanan darah, riwayat epilepsy, penyakit jantung, penyakit ginjal, dan penggunaan obat atau zat-zat terlarang mulai dari dosis awal yang rendah maupun tinggi.
- e. Melakukan pemeriksaan fisik seperti : memeriksa tekanan darah berdiri dan terlentang untuk menilai hipotensi ortostatik (mengalami tekanan darah rendah saat bangun dari tempat duduk atau berbaring), nilai CBCs (*complete blood counts*), fungsi hati, *monitoring* glukosa darah dan lipid serta penimbangan berat badan (Tumanggor R. D., 2018).

## **B. Konsep Halusinasi**

### **1. Definisi**

Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi (Nurhalimah, 2018). Halusinasi merupakan suatu keadaan dimana terdapat persepsi sensori dalam kondisi sadar tanpa adanya rangsangan eksternal yang sesungguhnya (Zukna & Lisiswanti, 2017).

Halusinasi adalah pencerapan (persepsi) tanpa adanya rangsangan apapun pada pancaindra seseorang, yang terjadi pada keadaan sadar/bangun dasarnya mungkin organik, fungsional, psikotik ataupun histerik (Candra & dkk, 2017). Halusinasi adalah distorsi persepsi palsu yang terjadi pada respons neurobiologis maladaptive (Stuart, 2016).

## 2. Proses Terjadinya Halusinasi

Proses terjadinya halusinasi dijelaskan dengan menggunakan konsep stress adaptasi Stuart-Laraia.

### a. Faktor Predisposisi

Faktor Predisposisi terdiri dari:

#### 1) Faktor biologis:

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

#### 2) Faktor psikologis

Memiliki riwayat kegagalan yang berulang. Menjadi korban, pelaku maupun saksi dari perilaku kekerasan serta kurangnya kasih sayang dari orang-orang yang berarti bagi pasien serta pasien serta perilaku orang tua yang overprotektif.

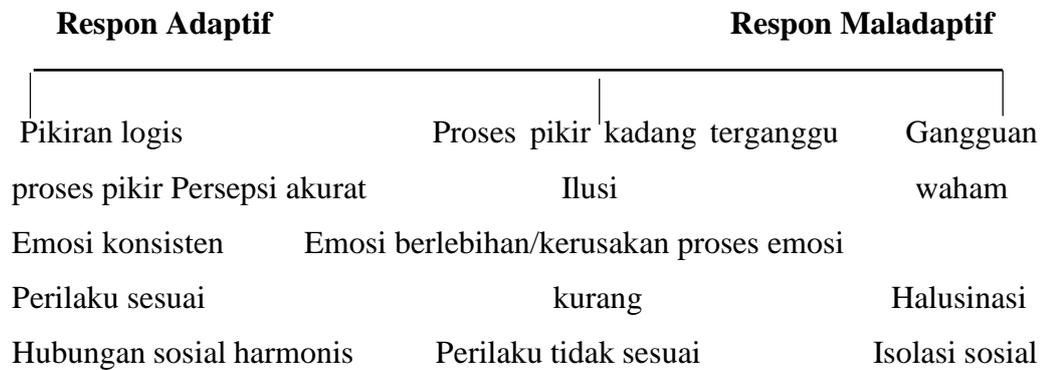
#### 3) Sosiobudaya dan lingkungan

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

### b. Faktor Presipitasi

Adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, adanya riwayat kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan-kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan di keluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan pasien serta konflik antar masyarakat.

Rentang respon neurobiologis Stuart dan Laraia menjelaskan rentang respon neurobiologis pada pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi, sebagai berikut:



**Diagram 2.2: Rentang respon Gangguan sensori persepsi halusinasi**  
(Nurhalimah, 2018).

c. Tahapan halusinasi

Halusinasi yang dialami pasien memiliki tahapan sebagai berikut

- 1) Tahap 1 (*comforting*): Halusinasi bersifat menenangkan, tingkat ansietas pasien sedang. Pada tahap ini halusinasi secara umum menyenangkan.

**Karakteristik:** Karakteristik pada tahap ini ditandai dengan adanya perasaan bersalah dalam diri pasien dan timbul perasaan takut. Pada saat ini pasien mencoba menenangkan pikiran untuk mengurangi ansietas. Individu mengetahui bahwa pikiran dan sensori yang dalamnya dapat dikendalikan dan bisa diatasi (non psikotik).

Perilaku yang teramati:

- a) Menyeringai/tertawa yang tidak sesuai
  - b) Menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara
  - c) Respon verbal yang lambat
  - d) Diam dan dipengaruhi oleh sesuatu yang mengasyikkan
- 2) Tahap 2 (*condemning*): Halusinasi yang bersifat menyalahkan, pasien mengalami ansietas tingkat berat dan halusinasi bersifat menjijikkan untuk pasien.

Karakteristik: Pengalaman sensori yang dialami pasien bersifat menjijikkan dan menakutkan, pasien yang mengalami halusinasi mulai merasa kehilangan kendali, pasien berusaha untuk menjauhkan dirinya dari sumber yang di dipersepsikan, pasien merasa malu karena pengalaman sensorinya dan menarik diri dari orang lain (non psikotik).

Perilaku yang teramat:

- a) Peningkatan kerja sarap otonom yang menunjukkan timbulnya ansietas seperti peningkatkan nadi, TD dan pernafasan.
  - b) Kemampuan konsentrasi menyempit.
  - c) Dipenuhi dengan pengalaman sensori, mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan halusinasi dan realita.
- 3) Tahap 3 (*controlling*): Pada tahap unik halusinasi mulai mengendalikan perilaku pasien, pasien berada pada tingkat ansietas berat, pengalaman sensori menjadi menguasai pasien.

Karakteristik: pasien yang berhalusinasi pada tahap ini menyerah untuk melawan pengalaman halusinasi dan membiarkan halusinasi menguasai dirinya. Isi halusinasi dapat berupa permohonan, individu mungkin mengalami kesepian jika pengalaman tersebut berakhir (Psikotik).

Perilaku yang teramati:

- a) Lebih cenderung mengikuti petunjuk yang diberikan oleh halusinasinya dari pada menolak.
  - b) Kesulitan berhubungan dengan orang lain.
  - c) Rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik, gejala fisik dari ansietas berat seperti: berkeringat, tremor, ketidak mampuan mengikuti petunjuk.
- 4) Tahap 4 (*conquering*): Halusinasi pada saat ini, sudah sangat menakutkan dan tingkat ansietas berada pada tingkat panik. Secara umum halusinasi menjadi lebih rumit dan saling terkait dengan delusi.

Karakteristik: pengalaman sensori menakutkan jika individu tidak mengikuti halusinasinya. Halusinasi bisa berlangsung dalam beberapa jam atau hari apabila tidak diintervensi (Psikotik).

Perilaku yang teramati:

- a) Perilaku menyerang - teror seperti panik.
- b) Sangat potensial melakukan bunuh diri atau membunuh orang lain.
- c) Amuk, agitasi dan menarik diri.
- d) Tidak mampu berespon terhadap petunjuk yang kompleks.
- e) Tidak mampu berespon terhadap lebih dari satu orang (Nurhalimah, 2018).

### 3. Jenis halusinasi

#### a. Pendengaran

Mendengar kegaduhan atau suara, paling sering dalam bentuk suara. Suara yang berkisar dari kegaduhan atau suara sederhana, suara berbicara tentang klien, menyelesaikan percakapan antara dua orang atau lebih tentang orang yang berhalusinasi. Pikiran mendengar di mana klien mendengar suara-suara yang berbicara kepada klien dan perintah yang memberitahu klien untuk melakukan sesuatu, kadang-

kadang berbahaya. Ciri-ciri yaitu bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, menyendengkan telinga kearah tertentu, menutup telinga.

b. Penglihatan

Rangsangan visual dalam bentuk kilatan cahaya, gambar geometris, tokoh kartun, atau adegan atau bayangan rumit dan kompleks. Bayangan dapat menyerang atau menakutkan, seperti melihat monster. Ciri-ciri yaitu menunjuk-nunjuk kearah tertentu, serta ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.

c. Penciuman

Mencium tidak enak, busuk, dan tengik seperti darah, urin, atau feses, Kadang-kadang bau menyenangkan. Halusinasi penciuman biasanya berhubungan dengan stoke, tumor, kejang, dan demensia. Ciri-ciri yaitu menghidu seperti sedang membaui bau-bau tertentu, serta menutupi hidung.

d. Perabaan

Mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas. Merasa sensasi listrik datang dari tanah, benda mati, atau orang lain, serta merasakan serangga di permukaan kulit. Ciri-ciri menggaruk-garuk permukaan kulit.

e. Pengecapan

Merasakan tidak enak, kotor dan busuk seperti darah, urin, atau feses. Ciri-cirinya Sering meludah dan muntah (Stuart, 2016).

## **C. Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan, atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Data pada pengkajian kesehatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber

koping, dan kemampuan koping yang dimiliki. Pengkajian yang dilakukan pada pasien, yaitu dengan menanyakan identitas, keluhan utama atau alasan masuk, riwayat kesehatan, psikososial, pemeriksaan fisik, status mental, kebutuhan persiapan pulang, mekanisme koping, masalah psikososial dan lingkungan, pengetahuan, serta aspek medik. Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada pasien dan keluarga (Nurhalimah, 2018).

Tanda dan gejala gangguan sensori persepsi halusinasi dapat ditemukan dengan wawancara, melalui pertanyaan sebagai berikut

- a. Dari pengamatan saya sejak tadi, bapak/ibu tampak seperti bercakap-cakap sendiri apa yang sedang bapak/ibu dengar/lihat?
- b. Apakah bapak/ibu melihat bayangan-bayangan yang menakutkan?
- c. Apakah bapak/ibu mencium bau tertentu yang menjijikkan?
- d. Apakah bapak/ibu merasakan sesuatu yang menjalar ditubuhnya?
- e. Apakah bapak/ibu merasakan sesuatu yang menjijikkan dan tidak mengenakan?
- f. Seberapa sering bapak/ibu mendengar suara-suara atau melihat bayangan tersebut?
- g. Kapan bapak/ibu mendengar suara atau melihat bayang-bayang?
- h. Pada situasi apa bapak/ibu mendengar suara atau melihat bayang-bayang?
- i. Bagaimana perasaan bapak/ibu mendengar suara atau melihat bayangan tersebut?
- j. Apa yang sudah bapak/ibu lakukan, ketika mendengar suara atau melihat bayangan tersebut?

Faktor penyebab terjadinya halusinasi adalah:

a. Faktor predisposisi

1) Faktor biologis

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

2) Faktor psikologis

Memiliki riwayat kegagalan yang berulang. Menjadi korban, pelaku maupun saksi dari perilaku kekerasan serta kurangnya kasih sayang dari orang-orang yang berarti bagi pasien serta pasien serta perilaku orang tua yang *overprotektif*.

3) Sosiobudaya dan lingkungan

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

b. Faktor Presipitasi

Adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, adanya riwayat kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan-kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan di keluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan pasien serta konflik antar masyarakat (Nurhalimah, 2018).

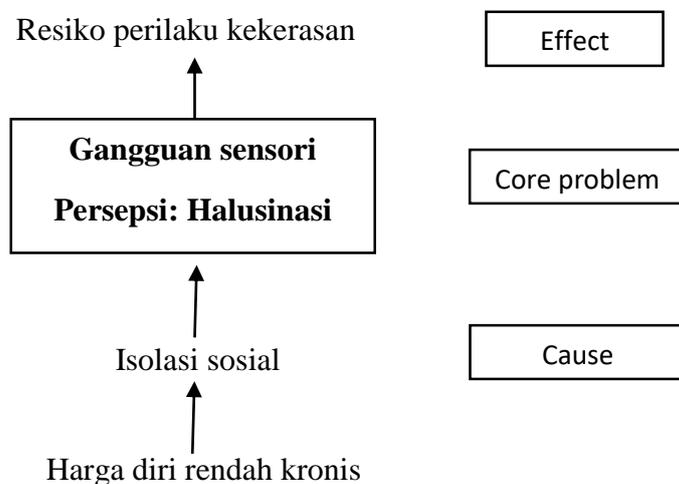
## 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan langkah kedua dalam proses asuhan keperawatan yang dirumuskan berdasarkan tanda dan gejala gangguan sensori persepsi: halusinasi yang ditemukan, dari data hasil observasi, wawancara dan dilanjutkan dengan menetapkan diagnosa keperawatan (Nurhalimah, 2018).

Menurut Azizah (2016) diagnosa keperawatan yang bisa muncul pada pasien halusinasi, antara lain:

- a. Perubahan persepsi sensori: halusinasi pendengaran
- b. Isolasi sosial
- c. Resiko perilaku kekerasan
- d. Harga diri rendah kronis

## 3. Pohon Masalah



**Diagram 2.3: Pohon masalah gangguan persepsi sensori halusinasi** (Azizah, 2016).

#### 4. Perencanaan

Rencana keperawatan terdiri dari tujuan umum, tujuan khusus, dan rencana tindakan keperawatan. Dalam merumuskan suatu tujuan keperawatan harus dilakukan dengan SMART, yaitu *specific* (fokus kepada klien/rumusan tujuan harus ditetapkan secara tegas dan jelas), *measurable* (dapat diukur menggunakan indikator pengukuran yang tepat untuk mengevaluasi tingkat keberhasilan, peninjauan ulang dan perbaikan dimasa mendatang), *achievable* (tujuan yang harus dicapai), *reasonable* (tujuan yang dipertanggungjawabkan sesuai target yang telah ditetapkan), dan *time* (waktu pencapaian tujuan dan harus dicapai tepat waktu) (Mamik, 2015).

Menurut Azizah (2016) rencana keperawatan dirangkum dalam strategi pelaksanaan individu dan keluarga. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien halusinasi, antara lain:

##### **Strategi pelaksanaan individu:**

###### a. Tujuan umum

Pasien dapat mengontrol halusinasi yang dialaminya

###### 1) SP 1 GSP Halusinasi: Menghardik

Tujuan Khusus:

Setelah dilakukan ... kali pertemuan, pasien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik secara mandiri.

Kriteria hasil:

Setelah 1 kali interaksi klien dapat membina hubungan saling percaya, ditandai dengan:

- a) Ekspresi wajah tersenyum
- b) Mau berkenalan
- c) Ada kontak mata
- d) Bersedia menceritakan perasaannya
- e) Bersedia mengungkapkan masalah.

Setelah 1 x interaksi klien dapat menyebutkan:

- a) Isi halusinasi
- b) Waktu halusinasi
- c) Frekuensi halusinasi
- d) Situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi serta respon klien saat mengalami halusinasi: marah, takut, sedih, senang

Tindakan keperawatan:

- a) Bina hubungan saling percaya
  - b) Identifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon pasien, serta upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengontrol halusinasi
  - c) Jelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala halusinasi
  - d) Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik
  - e) Berikan contoh cara menghardik
  - f) Berikan waktu pasien untuk mencontohkan cara menghardik
  - g) Berikan pujian atas setiap tindakan
- 2) SP 2 GSP Halusinasi: Minum obat

Tujuan khusus:

Setelah dilakukan ... kali pertemuan, pasien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan menggunakan prinsip 5 benar minum obat, ditandai dengan:

Kriteria hasil:

Klien dapat menjelaskan: manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat, nama obat, bentuk dan warna obat, dosis yang diberikan kepadanya, waktu pemakaian, cara pemakaian, efek yang dirasakan, dan klien menggunakan obat sesuai program.

Tindakan keperawatan

- a) Evaluasi tanda dan gejala halusinasi
- b) Validasi kemampuan pasien mengenal halusinasi dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik
- c) Berikan pujian atas setiap tindakan
- d) Berikan contoh cara 5 benar minum obat (obat, pasien, cara, waktu, dan dosis)
- e) Berikan kesempatan pasien mempraktekkan cara 5 benar minum obat (obat, pasien, cara, waktu, dan dosis)
- f) Berikan pujian atas setiap tindakan

3) SP 3 GSP Halusinasi: Bercakap-cakap

Tujuan khusus:

Setelah dilakukan ... kali pertemuan, pasien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, ditandai dengan:

Kriteria hasil:

Klien dapat memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain

Tindakan keperawatan:

- a) Evaluasi tanda dan gejala halusinasi
- b) Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap
- c) Berikan contoh bercakap-cakap
- d) Berikan kesempatan pasien mempraktekkan cara bercakap-cakap
- e) Beri pujian atas setiap kemajuan interaksi yang telah dilakukan oleh pasien

f) Siap mendengarkan ekspresi perasaan pasien setelah melakukan tindakan keperawatan untuk mengontrol halusinasi. Mungkin pasien akan mengungkapkan keberhasilan atau kegagalannya. Beri dukungan terus-menerus agar pasien tetap semangat meningkatkan latihannya.

4) SP 4 GSP Halusinasi: Melakukan Kegiatan

Tujuan khusus:

Setelah dilakukan ... kali pertemuan, pasien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas kegiatan secara mandiri

Kriteria hasil:

Klien dapat membuat dan melakukan aktifitas sesuai dengan kegiatan harian yang sudah dibuat

Tindakan keperawatan:

- a) Jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi
- b) Diskusikan aktivitas yang biasa dilakukan pasien
- c) Latih pasien melakukan aktivitas
- d) Susun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih. Upayakan pasien mempunyai aktivitas dari bangun pagi sampai tidur malam, 7 hari dalam seminggu
- e) Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, memberikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif.

### **Strategi Pelaksanaan Keluarga:**

a. SP 1 Keluarga: Memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang

cara merawat klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi

Kriteria evaluasi:

Setelah ... kali interaksi keluarga dapat menyebutkan tentang halusinasi dan menjelaskan cara merawat pasien.

Tindakan keperawatan:

- 1) Identifikasi masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
- 2) Jelaskan tentang halusinasi pada keluarga, pengertian halusinasi, tanda dan gejala halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien
- 3) Cara merawat pasien yang mengalami halusinasi (menghardik, berkomunikasi, beraktifitas, dan minum obat).

b. Sp 2 Keluarga: Melatih keluarga melakukan cara-cara mengontrol halusinasi

Kriteria evaluasi:

Setelah.... Kali pertemuan keluarga dapat memperagakan cara mengontrol halusinasi dan merawat pasien dengan cara: mengingatkan pasien cara menghardik bila halusinasi timbul, dan mengajak mengobrol pasien.

Intervensi keperawatan:

- a) Evaluasi kemampuan keluarga dalam merawat pasien dengan halusinasi
- b) Latih keluarga merawat langsung pasien

c. Sp 3 Keluarga: Membuat perencanaan pulang bersama keluarga

- a) Evaluasi kemampuan keluarga (SP 1, 2)
- b) Evaluasi kemampuan pasien, RTL keluarga dengan follow up dan rujukan

Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS) bertujuan untuk mengontrol halusinasi. TAKS terdiri dari 4 sesi, yaitu:

a. Sesi 1: Mengenal Halusinasi

TAK sesi 1 bertujuan untuk melatih klien agar mampu mengenal isi halusinasi, mengenal waktu terjadinya halusinasi, mengenal situasi terjadinya halusinasi, dan mengontrol perasaannya pada saat terjadi halusinasi.

b. Sesi 2: Mengontrol Halusinasi dengan Cara Menghardik

TAK sesi 2 bertujuan untuk melatih klien agar mampu menjelaskan cara yang selama ini dilakukan untuk mengatasi halusinasi, memahami cara menghardik halusinasi dan dapat memperagakan cara menghardik halusinasi.

c. Sesi 3: Mengontrol Halusinasi dengan Cara Melakukan Kegiatan

TAK sesi 3 bertujuan untuk melatih klien agar mampu memahami pentingnya melakukan kegiatan untuk mencegah munculnya halusinasi dan menyusun jadwal kegiatan untuk mencegah terjadinya halusinasi.

d. Sesi 4: Mengontrol Halusinasi dengan Cara bercakap-cakap

TAK sesi 4 bertujuan untuk melatih klien agar mampu memahami pentingnya bercakap-cakap dengan orang lain untuk mencegah munculnya halusinasi dan bercakap-cakap dengan orang lain untuk mencegah terjadinya halusinasi.

## 5. Pelaksanaan

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Implementasi adalah pemberian asuhan keperawatan aktual dan respons klien asuhan tersebut Sebelum melakukan tindakan yang sudah direncanakan, perawat juga perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan yang masih sesuai dan dibutuhkan dengan kondisi pasien saat ini (*here and now*). Adapun implementasi keperawatan yang dapat dilakukan:

- a. Tindakan keperawatan harus berbasis pada bukti tentang keberhasilan tritemen

Menurut Bulechek et al (2008) dalam (Stuart, 2016) mengatakan bahwa penggunaan sistem klasifikasi terstandar dari tindakan yang dilakukan perawat, seperti *Nursing Interventions Classification* (NIC), bermanfaat untuk dokumentasi klinis, komunikasi asuhan lintas tatanan, keberhasilan riset, pengukuran produktifitas, evaluasi kompetensi, dan penggantian.

- b. Perawat kesehatan jiwa membantu klien gangguan jiwa melakukan dua hal: Mengembangkan penghayatan dan mengubah perilaku penghayatan adalah perkembangan klien tentang pemahaman emosi dan kognitif baru. Walaupun demikian, menegtahui sesuatu pada tingkat intelektual tidak berarti terjadinya perubahan dalam perilaku. Langkah selanjutnya yaitu klien harus memutuskan apakah mereka akan melanjutkan penggunaan mekanisme koping maladaptif, atau mengadopsi pendekatan baru, adaptif dan konstruktif untuk kehidupannya.
- c. Perawat harus mendorong keinginan klien untuk kesehatan jiwanya, pertumbuhan emosional dan bebas dari penderitaan.
- d. Perawat juga harus secara terus menerus memotivasi dan mendukung klien ketika mereka sedang mencobakan perilaku adaptif dan mekanisme koping yang baru. Banyak pola maladaptif klien telah dibangun bertahun-tahun. Oleh karena itu perawat tidak dapat mengharapakan klien untuk mengubahnya dalam beberapa hari atau beberapa minggu. Perawat harus membantu klien mengevaluasi pole baru tersebut, mengintegrasikan ke dalam pengalaman hidup, dan mempraktikkan penyelesaian masalah untuk menyiapkan pengalaman kedepan (Stuart, 2016).

Menurut (Ambar, 2018), perawat adalah salah satu pekerja medis yang selama 24 jam berinteraksi langsung dengan klien, oleh karena itu diperlukan teknik dalam komunikasi dan hubungan sedemikian rupa

agar menghasilkan komunikasi keperawatan yang efektif. Perawat sebagai komunikator harus memiliki kompetensi dan menguasai serta menerapkan teknik komunikasi terapeutik ketika berinteraksi dengan pasien.

Teknik dalam komunikasi keperawatan menurut (Azizah, 2016) adalah sebagai berikut:

a. Mendengar

Merupakan dasar utama dalam komunikasi dengan mendengar secara aktif dan penuh perhatian apa yang dibicarakan atau disampaikan oleh klien sehingga perawat mengetahui perasaan klien. Beri kesempatan lebih banyak pada klien untuk berbicara, perawat harus menjadi pendengar yang aktif.

b. Memperlihatkan sikap menerima

Sikap menerima merupakan sikap bersedia untuk mendengarkan apa yang ingin disampaikan oleh klien. Perawat dalam tahap ini hendaknya memperlihatkan sikap menerima dengan cara menganggukkan kepala tanda setuju atau memahami apa yang disampaikan klien, memberikan umpan balik secara verbal yang menunjukkan pengertian, menghindari setiap usaha untuk mengubah pikiran pasien, menghindari perdebatan, dan mendengarkan secara aktif.

c. Pertanyaan terbuka

Memberi kesempatan untuk klien memilih, contoh: apakah yang sedang saudara pikirkan? Beri dorongan dengan cara mendengar atau mengatakan, saya mengerti. Tujuan tahap ini yaitu untuk mencari informasi yang dibutuhkan untuk mengambil keputusan.

d. Mengulang

Mengulang kembali apa yang sudah diungkapkan klien. Hal ini berguna untuk menguatkan ungkapan klien dan memberi ungkapan bahwa perawat mengikuti pembicaraan dan memahami apa yang disampaikan oleh klien.

- e. Klarifikasi  
Dilakukan bila perawat ragu, tidak jelas, tidak mendengar, atau klien malu, tidak lengkap, loncat mengemukakan informasi, misalnya dapatkan anda jelaskan kembali. Hal ini berguna untuk kejelasan dan kesamaan ide, perasaan, persepsi perawat dan klien, serta memeriksa apakah klien benar-benar memahami apa yang dibicarakan dengan menyatakan kembali pesan yang tidak jelas oleh perawat dengan tujuan mengulang kembali apa yang dimaksudkan oleh klien.
- f. Refleksi  
Memvalidasi apa yang di dengar, memberikan respon pada perasaan klien terhadap isi pembicaraan agar klien mengetahui dan menerima perasaannya.
- g. Memfokuskan  
Membantu klien bicara pada topik yang telah dipilih dan menjaga pembicaraan tetap menuju pada tujuan yang lebih spesifik, lebih jelas, berfokus pada realitas
- h. Membagi persepsi  
Memintai pendapat klien tentang hal yang perawat rasakan dan pikirkan. Dengan cara ini perawat dapat meminta umpan balik dan memberi informasi serta bertukar pengalaman.
- i. Identifikasi tema  
Latar belakang masalah yang dialami klien yang muncul selama percakapan. Hal ini berguna untuk meningkatkan pengertian dan mengeksplorasi masalah yang penting.
- j. Diam  
Cara yang sulit, biasanya dilakukan setelah mengajukan pertanyaan. Tujuannya memberi kesempatan berpikir dan memotivasi klien untuk berbicara.
- k. Informing  
Memberi informasi dan fakta yang sesuai dan sangat penting dalam proses pengambilan keputusan bagi klien.

l. Saran

Memberi alternatif ide untuk pemecahan masalah. Biasanya tahap ini dilakukan pada tahap kerja.

m. Menawarkan diri

Teknik ini dilakukan ketika pasien dirasa belum siap untuk berkomunikasi dengan perawat secara verbal dengan menyediakan diri kepada klien tanpa pamrih.

n. Memberi kesempatan kepada klien untuk memulai pembicaraan

Teknik ini perawat memberikan kesempatan kepada klien untuk memilih topic pembicaraan dan memulai pembicaraan.

o. Menyimpulkan

Teknik ini bertujuan untuk membantu klien memahami apa yang telah dibicarakan dengan mengumpulkan seluruh informasi dari percakapan yang telah dilakukan antara perawat dan klien.

## **6. Evaluasi Kemampuan Pasien dan Keluarga**

Evaluasi keperawatan merupakan suatu tahap dalam proses keperawatan untuk memantau perkembangan atau kemajuan yang sudah didapatkan klien terhadap tindakan keperawatan yang sudah dilakukan dan sangat penting untuk mendata ulang, menilai, mengkaji ulang kegiatan keperawatan, serta meningkatkan mutu asuhan keperawatan (Lingga, 2019). Evaluasi keperawatan dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir S (respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan), O (respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan), A (analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih ada atau telah teratasi atau muncul masalah baru), dan P (perencanaan tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respon).

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 (Azizah, 2016).

Rencana tindak lanjut menurut, dapat berupa hal sebagai berikut:

- a. Rencana diteruskan jika masalah tidak berubah
- b. Rencana dimodifikasi jika masalah tetap dan semua tindakan telah dijalankan, tetapi hasil belum memuaskan
- c. Rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada; diagnosis lama juga dibatalkan
- d. Rencana atau diagnosis selesai jika tujuan sudah tercapai dan diperlukan adalah memelihara dan mempertahankan kondisi yang baru.

Evaluasi keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah dilakukan untuk pasien gangguan sensori persepsi halusinasi adalah sebagai berikut

- a. Pasien mampu:
  - 1) Mengungkapkan isi halusinasi yang didalamnya.
  - 2) Menjelaskan waktu dan frekuensi halusinasi yang dialami.
  - 3) Menjelaskan situasi yang mencetuskan halusinasi.
  - 4) Menjelaskan perasaannya ketika mengalami halusinasi.
  - 5) Menerapkan 4 cara mengontrol halusinasi :
    - a) Menghardik halusinasi
    - b) Mematuhi program pengobatan
    - c) Bercakap dengan orang lain di sekitarnya bila timbul halusinasi
    - d) Menyusun jadwal kegiatan dari bangun tidur di pagi hari sampai mau tidur pada malam hari selama 7 hari dalam seminggu dan melaksanakan jadwal tersebut secara mandiri

6) Menilai manfaat cara mengontrol halusinasi dalam mengendalikan halusinasi

b. Keluarga mampu:

- 1) Menjelaskan halusinasi yang dialami oleh pasien
- 2) Menjelaskan cara merawat pasien halusinasi melalui empat cara mengontrol halusinasi yang menghardik, minum obat, cakap-cakap dan melakukan aktivitas dirumah
- 3) Mendemonstrasikan cara merawat pasien halusinasi
- 4) Menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah pasien
- 5) Menilai dan melaporkan keberhasilannya merawat pasien.

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan mulai dari tanggal 18 januari 2020 di Rumah Sakit Duren Sawit, data pengkajian di dapatkan dari pasien dan rekam medis.

##### 1. Identitas klien

Pasien Tn. A berusia 37 tahun, status perkawinan sudah bercerai, beragama Islam, suku bangsa Betawi, pendidikan terakhir SMA.

##### 2. Alasan Masuk

Pasien Tn. A dengan diagnosa skizofrenia (F20.3) yaitu skizofrenia tak terinci, alasan masuk yaitu pasien mengatakan dibawa dari panti ke Rumah Sakit Duren Sawit dikarenakan pasien marah dan memukul temannya saat dipanti sebab temannya merebut makanan dia. Keluhan saat pengkajian pasien mengatakan mendengar suara perempuan seperti menyuruhnya kawin, main judi, ngaji, cari rejeki, serta berani bayar perempuan tersebut berapa dan mendengar suara temannya laki-laki yang ingin merebut istrinya serta sekarang temannya sudah pacaran dengan istrinya.

##### 3. Faktor predisposisi

###### a. Biologis

Pasien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa. Pasien sudah yang ke 4 kali ini masuk Rumah Sakit Duren Sawit pada tahun 2011, 2014, 2017, 2020, jika halusinasinya tidak datang maka klien tidak minum obat. Anggota keluarga yang sama dengan penyakit yang diderita pasien dan pernah dirawat di rumah sakit Duren sawit juga yaitu kakak pasien yang nomor 2. Pasien mengatakan mulai gangguan jiwa sejak tahun 2011, setelah cerai dengan istrinya. Pasien mempunyai mekanisme koping yang maladaptif, dimana

pasien saat ada masalah pasien suka minum alkohol dan bermain judi.

b. Psikologis

Pasien mengatakan pernah menjadi pelaku aniaya fisik pasien pernah memukul istrinya saat pasien berumur 28 tahun dan pasien pernah menjadi korban aniaya fisik dipukul oleh teman-temannya saat di sekolah dasar, pasien saat sekolah dasar pernah menjadi saksi saat ayahnya suka menggoda perempuan, pasien pernah tidak disukai oleh teman-temannya saat di sekolah dasar karena suka jahilin teman, pasien pernah menjadi pelaku kekerasan dalam keluarga pasien pernah memukul istrinya saat pasien berumur 28 tahun, pasien tidak pernah terlibat tindakan kriminal. Pasien mengatakan mulai gangguan jiwa sejak tahun 2011, setelah cerai dengan istrinya pasien merasa sangat stress pada saat itu dan merasa hidupnya tidak berarti setelah di tinggal istrinya. Pasien mengatakan kesal dengan istrinya karena belum diberikan haknya sebagai suami sepenuhnya atau belum diberikan kebutuhan seksualitas oleh istrinya.

c. Sosial budaya

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penolakan dari lingkungan sekitar rumahnya dan pasien sering mengikuti kegiatan mengaji setiap hari kamis di lingkungan sekitar rumahnya, dan sering mengikuti kegiatan di sekitar lingkungannya. Pasien mengatakan pekerjaan sehari-hari sebagai buruh atau pekerja panggilan, jika tidak ada panggilan kerja maka dia tidak bekerja.

4. Faktor presipitasi

Pasien mengatakan kembali lagi ke Rumah Sakit Duren Sawit pada tanggal 21 januari 2020 yang sebelumnya pasien dipanti karena pasien meminum obat tidak dilakukan secara terus menerus, melainkan bila pasien mendengar suara-suara saja. Pasien mengatakan sebelum pasien dibawa ke Rumah Sakit Duren Sawit pasien dibawa ke panti di Bekasi

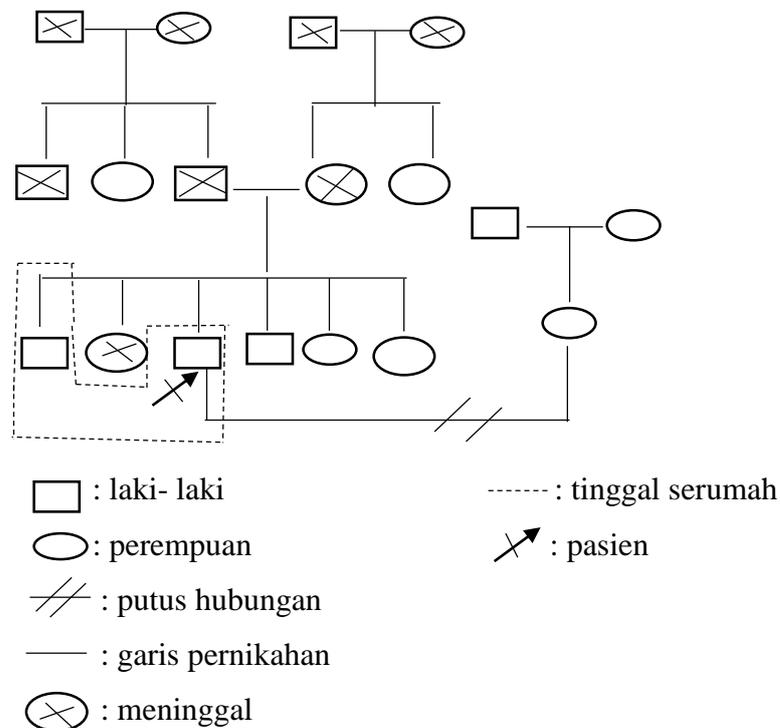
oleh abang pertama yang tinggal dengan pasien pada bulan November 2019 dikarenakan abang pasien menyebutkan pasien mengganggu anak-anak abangnya.

#### 5. Pemeriksaan fisik

Saat dilakukan pemeriksaan fisik, didapatkan hasil tekanan darah 96/59 mmHg, nadi 100x/menit, frekuensi pernapasan 15 x/ menit, tinggi badan 180 cm, berat badan 76 kg, pasien mengatakan ada luka di kaki dan.

#### 6. Psikososial

##### a. Genogram



**Diagram 3.1: Genogram Keluarga Tn. A**

#### Penjelasan:

Pasien mengatakan kakak nomor 2, beserta ibu sudah meninggal pada awal dan pertengahan tahun 2019, sedangkan ayah pasien meninggal pada tahun 2018. Pasien tinggal serumah dengan kakak

yang pertama, serta pasien mengatakan sudah bercerai dengan istrinya pada tahun 2011. Pasien waktu kecil apa yang diminta dikasih oleh ayahnya, pola komunikasi di keluarga kurang baik karena semenjak ibu pasien meninggal abang pasien yang pertama pengambil keputusan di rumah sehingga pasien menyalahkan abangnya saat menjual motor, keputusan saat ada masalah diambil oleh abangnya.

b. Konsep diri

1) Gambaran diri

Pasien mengatakan bagian tubuh yang disukai adalah tangan karena untuk bekerja dan bagian yang tidak disukai yaitu kaki karena sakit.

2) Identitas

Pasien mengatakan dirinya bernama Tn. A, laki-laki, anak 3 dari 6 bersaudara dan pasien belum puas sebagai laki-laki karena belum diberikan haknya sebagai suami sepenuhnya atau belum diberikan kebutuhan seksualitas oleh istrinya.

3) Peran

Pasien mengatakan perannya sebagai seorang suami belum terwujud karena belum mempunyai keturunan, belum mendapatkan pekerjaan, dan sebelum cerai dengan istrinya pasien jarang mendapatkan haknya sebagai seorang suami yaitu kebutuhan seksualitas. Pasien tampak sedih saat ditanya peran pasien sebagai seorang suami.

4) Ideal diri

Pasien mengatakan ingin segera pulang serta ingin mencari pekerjaan dan menikah lagi

5) Harga diri

Pasien mengatakan merasa hidup tidak berarti karena seharusnya dia sudah punya anak tetapi istrinya malah meminta cerai dan tidak mau memberi kewajibannya sebagai seorang istri, pada saat itu pasien merasa kesal dengan istrinya.

c. Hubungan sosial

1) Orang yang berarti

Pasien mengatakan orang yang berarti yaitu ibunya karena tempat untuk bercerita, namun semenjak ibunya meninggal pasien hanya ngobrol biasa sama abangnya tetapi tidak untuk bercerita tentang masalah pribadi dan pasien mengatakan ikhlas dengan kepergian ibunya

2) Peran serta dalam kegiatan kelompok atau masyarakat

Pasien mengatakan sering mengikuti kegiatan mengaji di masyarakat setiap hari kamis.

3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan tidak ada hambatan saat ngobrol dengan orang lain, klien juga sering ngobrol dengan tetangga sekitar atau warga sekitar.

d. Spiritual

1) Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan yakin bisa sembuh karena dia percaya Allah bisa menyembuhkan.

2) Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan beragama Islam dan masih menjalankan ibadah yaitu sholat 5 waktu.

7. Status mental

a. Penampilan

Pasien menggunakan pakaian yang rapi, sesuai, dan pakaian yang digunakan bersih, jenggot dan kumis pasien tampak sudah dicukur, rambut pasien tampak bersih, kuku pasien juga tampak bersih.

b. Pembicaraan

Pasien cepat dalam merespon pembicaraan, volume suara keras, intonasi suara tinggi terutama saat menceritakan masalah istrinya dan pasien mampu memulai pembicaraan. Saat wawancara pasien

tampak ada kontak mata, saat klien bercerita tidak hanya pertanyaan yang ditanyakan perawat.

c. Aktivitas motorik

Pasien tampak tegang, mengepalkan tangan, memukul meja bila menceritakan masalah istrinya pasien mengatakan kesal dengan istrinya

d. Alam perasaan

Pasien tampak sedih jika menceritakan masalah istrinya, pasien mengatakan istrinya tega meninggalkannya

e. Afek

Pasien tampak melihat dengan tatapan tajam terutama ke arah perempuan atau ketika pasien masih bercerita tentang masalah istrinya

f. Interaksi selama wawancara

Saat wawancara pasien kooperatif, bisa memulai pembicaraan, berani melakukan kontak mata dengan perawat. Pasien juga menceritakan apa yang dialaminya.

g. Persepsi

Pasien mengatakan mendengar suara perempuan seperti menyuruhnya kawin, main judi, ngaji, cari rejeki, serta berani bayar perempuan tersebut berapa dan mendengar suara temannya laki-laki yang ingin merebut istrinya serta sekarang temannya sudah pacaran dengan istrinya. Suara tersebut muncul tidak menentu (tidak ada waktu khusus), suara tersebut muncul sekitar setengah jam sampai 1 jam, suara tersebut muncul saat pasien sedang sendirian atau melamun, pasien mengatakan setiap mendengar suara tersebut pasien merasa senang. Pasien tampak sering senyum-senyum sendiri dan komat-kamit sendiri.

h. Proses pikir

Pasien ketika diajak berbicara atau ditanya, pasien dapat menjawab pertanyaan tetapi terkadang harus diklarifikasi kembali dan pasien

ketika ditanya sampai pada tujuan tetapi pasien menceritakan semua yang dialami meskipun tidak ditanya

i. Isi pikir

Pasien mengatakan menganggap di dunia ini ada jin jahat atau iblis dan jin yang baik atau malaikat yang diciptakan Allah

j. Tingkat kesadaran

Pasien mengatakan umur dia sekarang 37 tahun dan dia ada di Rumah Sakit Duren Sawit sebagai pasien, ini hari selasa tahun 2020. Tetapi pasien lupa tanggal saat ditanya oleh perawat tanggal sekarang berapa

k. Memori

Pasien mengingat kejadian jangka panjang seperti kejadian pasien bercerai dengan istrinya di tahun 2011 dan jangka pendek seperti pasien di bawa ke rumah sakit Duren sawit karena berantem sama temannya di panti

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien mampu berkonsentrasi dan mampu berhitung sederhana. Pasien dapat menjawab soal cerita yang di tanyakan perawat seperti bapak mempunyai 2 pensil kemudian saya memberi bapak 2 pensil dan teman saya juga memberi bapak 2 pensil jadi berapa jumlah pensil bapak sekarang. Pasien menjawab ada 6 pensil

m. Kemampuan penilaian

Pasien mampu mengambil keputusan saat diberi pilihan oleh perawat, seperti memilih ayam atau bebek pasien mengatakan memilih ayam karena dia paling suka ayam dibandingkan bebek (kemampuan penilaian baik)

n. Daya tilik diri

Pasien mengatakan tau bahwa saat ini dia sedang dirawat di Rumah Sakit Jiwa Duren Sawit karena jiwanya masih terganggu

## 8. Perawatan diri

### a. Makan

Pasien biasanya makan 3 kali sehari dengan 1 porsi habis. Pasien makan secara mandiri, tidak berantakan, dan membuang sisa makanan ke tempat sampah.

### b. BAK/BAB

Pasien dapat BAB dan BAK secara mandiri dan setelah BAB atau BAK langsung disiram dengan bersih

### c. Mandi

Pasien mengatakan mandi 2 kali sehari dan dapat mandi sendiri, serta mandi menggunakan sabun, sikat gigi, pasta gigi, dan sampo

### d. Berpakaian/ berhias

Pasien tampak berpakaian dengan rapi, mampu menggunakan pakiaannya sendiri, mengganti pakaian sesuai jadwal rumah sakit, dan sisir rambut setelah mandi.

### e. Istirahat dan tidur

pasien mengatakan klien tidur siang pukul 13.30-14.30 wib, tidur malam pukul 21.00-05.00 wib, serta tidak ada kegiatan sebelum tidur dan setelah bangun pasien langsung sholat dan mandi

### f. Penggunaan obat

Pasien tampak meminum obat secara mandiri serta mengambil air minum sendiri dan tidak memuntahkan obat

### g. Pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan meminum obat saat halusinasinya datang saja sebelum masuk ke panti dan Rumah Sakit Duren Sawit sebab itu pasien sering bolak-balik ke Rumah Sakit Duren Sawit, tetapi pasien mengetahui harus minum obat terus-menerus

### h. Kegiatan di dalam rumah

Pasien mengatakan bisa memasak sendiri, biasanya pasien memasak mie *instant* dan telur, serta bisa mencuci piring sendiri, mencuci pakaian sendiri dan merapikan tempat tidur.

i. Kegiatan di luar rumah

Pasien mengatakan kegiatan di luar rumah yaitu ikut mengaji dan gotong royong membersihkan masjid

9. Mekanisme koping

Pasien mengatakan sebelum dia gangguan jiwa, jika ada masalah minum alkohol dan main judi. Namun sekarang pasien jika ada masalah sholat karena tidak bisa minum dan main judi

10. Masalah psikososial dan lingkungan

Pasien mengatakan hanya sekolah sampai dengan sekolah menengah atas karena tidak mempunyai biaya untuk melanjutkannya, pasien sebelumnya bekerja sebagai buruh es krim (membantu menjual es krim dengan mobil) tetapi semenjak mengalami gangguan jiwa pasien tidak bekerja lagi atau pengangguran. Pasien juga tidak ada masalah dengan lingkungan di rumahnya, pasien mengatakan sering ngobrol dengan tetangga dan orang di masjid, serta mengikuti kegiatan mengaji dan gotong royong membersihkan masjid.

11. Pengetahuan

Pasien mengatakan tau bahwa pasien sedang mengalami halusinasi tetapi pasien tidak tau jika dampak jika tidak minum obat secara teratur

12. Aspek medic

F20.3 adalah skizofrenia tak rerinci

## 13. Terapi medic

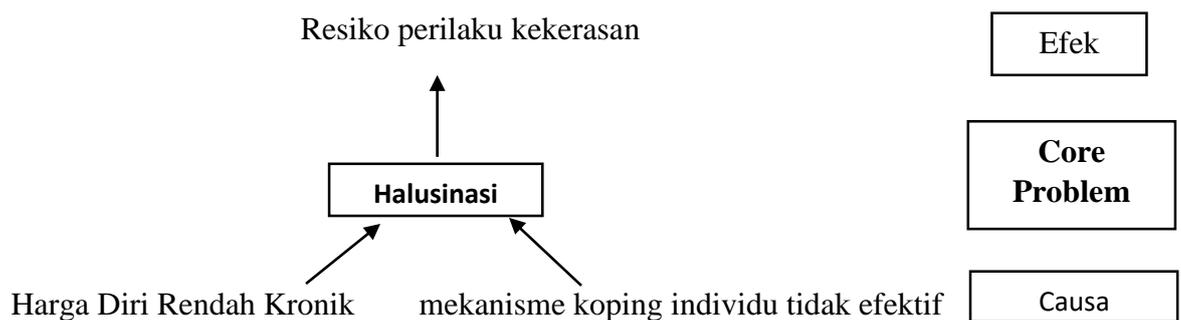
Loratadine	10 mg	1x1 hari
Lorazepam	2 mg	½x1 hari
Merlopam	0,5 mg	1x1 hari
Risperidone	2 mg	2x1 hari
Clozapine	25 mg	2x1 hari
Trihexyphenidyl	2 mg	2x1 hari

## B. Analisa Data

Tanggal/jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan
21 Januari 2020	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan mendengar suara temannya laki-laki yang ingin merebut istrinya dan sekarang temannya sudah pacaran dengan istrinya.</li> <li>• Pasien mengatakan mendengar suara-suara perempuan.</li> <li>• Pasien mengatakan mendengar suaranya seperti menyuruhnya kawin, main judi, ngaji, cari rejeki, dan berani bayar perempuan tersebut berapa.</li> <li>• Pasien mengatakan suara muncul tidak menentu (waktu tidak menentu), serta suara tersebut muncul sekitar setengah jam sampai 1 jam</li> <li>• Pasien mengatakan suara tersebut muncul saat sedang sendirian atau melamun</li> <li>• Pasien mengatakan senang dengan suara tersebut</li> </ul> <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak senyum-senyum sendiri</li> <li>• Pasien tampak komat-kamit sendiri</li> </ul>	gangguan sensori persepsi halusinasi: pendengaran
21 Januari 2020	Data Subjektif:	Harga Diri Rendah

Tanggal/jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan merasa hidup tidak berarti karena seharusnya dia sudah punya anak tetapi istrinya malah meminta bercerai dan tidak mau memberikan kewajibannya sebagai seorang istri.</li> </ul> <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak mau menangis jika menceritakan masalah istrinya.</li> </ul>	
21 januari 2019	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan sebelum dia gangguan jiwa jika ada masalah maka klien minum alkohol, main judi</li> </ul> <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak menyebutkan nomor togel, serta meminta alcohol</li> </ul>	Mekanisme koping individu tidak efektif
21 januari 2020	<p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan pernah memukul istrinya karena istrinya tidak mau memberikan kewajibannya sebagai seorang istri.</li> <li>• Pasien mengatakan jika ada orang yang memukulnya maka akan dia balas</li> <li>• Pasien mengatakan di bawa ke rumah sakit duren sawit karena</li> </ul>	resiko perilaku kekerasan

Tanggal/jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan
	<p>memukul temannya saat berebut makanan</p> <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak berbicara keras</li> <li>• Pasien tampak mengepalkan tangan dan memukul meja setiap cerita masalah istrinya</li> <li>• Pandangan atau tatapan mata pasien tampak tajam ketika bercerita masalah istrinya</li> </ul>	
Selasa, 21 januari 2020	<p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan kakinya luka</li> <li>• Pasien mengatakan kakinya sakit dan nyeri</li> </ul> <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak memegang kaki</li> <li>• Kaki pasien tampak luka lebar</li> </ul>	Resiko Infeksi



**Diagram 3.2: Pohon masalah gangguan persepsi sensori: halusinasi Tn. A**

### **C. Diagnosa Keperawatan**

1. Gangguan sensori persepsi: Halusinasi
2. Resiko perilaku kekerasan
3. Harga diri rendah kronik
4. Mekanisme koping individu tidak efektif
5. Resiko infeksi

### **D. Perencanaan keperawatan**

1. Tujuan umum

Pasien dapat mengontrol halusinasi yang dialaminya

- a. SP 1 GSP Halusinasi: Menghardik

Tujuan Khusus:

Setelah dilakukan 1 kali pertemuan, pasien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik secara mandiri.

Kriteria hasil:

Setelah 1 kali interaksi klien dapat membina hubungan saling percaya, ditandai dengan:

- 1) Ekspresi wajah tersenyum
- 2) Mau berkenalan
- 3) Ada kontak mata
- 4) Bersedia menceritakan perasaannya
- 5) Bersedia mengungkapkan masalah.

Setelah 1 x interaksi klien dapat menyebutkan:

- 1) Isi halusinasi
- 2) Waktu halusinasi
- 3) Frekuensi halusinasi
- 4) Situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi
- 5) Serta respon klien saat mengalami halusinasi: marah, takut, sedih, senang

Tindakan keperawatan:

- 1) Bina hubungan saling percaya
- 2) Identifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon pasien, serta upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengontrol halusinasi
- 3) Jelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala halusinasi
- 4) Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik
- 5) Berikan contoh cara menghardik
- 6) Berikan waktu pasien untuk mencontohkan cara menghardik
- 7) Berikan pujian atas setiap tindakan

b. SP 2 GSP Halusinasi: Minum obat

Tujuan khusus:

Setelah dilakukan 2 kali pertemuan, pasien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan menggunakan prinsip 5 benar minum obat, ditandai dengan:

Kriteria hasil:

Klien dapat menjelaskan: manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat, nama obat, bentuk dan warna obat, dosis yang diberikan kepadanya, waktu pemakaian, cara pemakaian, efek yang dirasakan, dan klien menggunakan obat sesuai program.

Tindakan keperawatan

- 1) Evaluasi tanda dan gejala halusinasi
- 2) Validasi kemampuan pasien mengenal halusinasi dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik
- 3) Berikan pujian atas setiap tindakan
- 4) Berikan contoh cara 5 benar minum obat (obat, pasien, cara, waktu, dan dosis)
- 5) Berikan kesempatan pasien mempraktekkan cara 5 benar minum obat (obat, pasien, cara, waktu, dan dosis)

6) Berikan pujian atas setiap tindakan

c. SP 3 GSP Halusinasi: Bercakap-cakap

Tujuan khusus:

Setelah dilakukan 1 kali pertemuan, pasien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, ditandai dengan:

Kriteria hasil:

Klien dapat memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain

Tindakan keperawatan:

- 1) Evaluasi tanda dan gejala halusinasi
- 2) Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap
- 3) Berikan contoh bercakap-cakap
- 4) Berikan kesempatan pasien mempraktekkan cara bercakap-cakap
- 5) Beri pujian atas setiap kemajuan interaksi yang telah dilakukan oleh pasien
- 6) Siap mendengarkan ekspresi perasaan pasien setelah melakukan tindakan keperawatan untuk mengontrol halusinasi. Mungkin pasien akan mengungkapkan keberhasilan atau kegagalannya. Beri dukungan terus-menerus agar pasien tetap semangat meningkatkan latihannya.

d. SP 4 GSP Halusinasi: Melakukan Kegiatan

Tujuan khusus:

Setelah dilakukan 1 kali pertemuan, pasien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas kegiatan secara mandiri

Kriteria hasil:

Klien dapat membuat dan melakukan aktifitas sesuai dengan kegiatan harian yang sudah dibuat

Tindakan keperawatan:

- 1) Jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi
- 2) Diskusikan aktivitas yang biasa dilakukan pasien
- 3) Latih pasien melakukan aktivitas
- 4) Susun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih. Upayakan pasien mempunyai aktivitas dari bangun pagi sampai tidur malam, 7 hari dalam seminggu
- 5) Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, memberikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif.

Strategi Pelaksanaan Keluarga:

- a. SP 1 Keluarga: Memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang cara merawat klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi

Kriteria evaluasi:

Setelah 1 Kali interaksi keluarga dapat menyebutkan tentang halusinasi dan menjelaskan cara merawat pasien.

Tindakan keperawatan:

- 1) Identifikasi masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
- 2) Jelaskan tentang halusinasi pada keluarga, pengertian halusinasi, tanda dan gejala halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien
- 3) Cara merawat pasien halusinasi (menghardik, berkomunikasi, beraktifitas, dan minum obat).

- b. Sp 2 Keluarga: Melatih keluarga melakukan cara-cara mengontrol halusinasi

Kriteria evaluasi:

Setelah 1 Kali pertemuan Keluarga dapat memperagakan cara mengontrol halusinasi dan merawat pasien dengan cara: mengingatkan pasien cara menghardik bila halusinasi timbul, dan mengajak ngobrol pasien.

Intervensi keperawatan:

- 1) Evaluasi kemampuan keluarga dalam merawat pasien dengan halusinasi
  - 2) Latih keluarga merawat langsung pasien
- c. Sp 3 Keluarga: Membuat perencanaan pulang bersama keluarga
- 1) Evaluasi kemampuan keluarga (SP 1, 2)
  - 2) Evaluasi kemampuan pasien, RTL keluarga dengan follow up dan rujukan

Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS) bertujuan untuk mengontrol halusinasi. TAKS terdiri dari 4 sesi, yaitu:

- a. Sesi 1: Mengenal Halusinasi

TAK sesi 1 bertujuan untuk melatih klien agar mampu mengenal isi halusinasi, mengenal waktu terjadinya halusinasi, mengenal situasi terjadinya halusinasi, dan mengontrol perasaannya pada saat terjadi halusinasi.

- b. Sesi 2: Mengontrol Halusinasi dengan Cara Menghardik

TAK sesi 2 bertujuan untuk melatih klien agar mampu menjelaskan cara yang selama ini dilakukan untuk mengatasi halusinasi, memahami cara menghardik halusinasi dan dapat memperagakan cara menghardik halusinasi.

- c. Sesi 3: Mengontrol Halusinasi dengan Cara Melakukan Kegiatan  
TAK sesi 3 bertujuan untuk melatih klien agar mampu memahami pentingnya melakukan kegiatan untuk mencegah munculnya halusinasi dan menyusun jadwal kegiatan untuk mencegah terjadinya halusinasi.
- d. Sesi 4: Mengontrol Halusinasi dengan Cara bercakap-cakap  
TAK sesi 4 bertujuan untuk melatih klien agar mampu memahami pentingnya bercakap-cakap dengan orang lain untuk mencegah munculnya halusinasi dan bercakap-cakap dengan orang lain untuk mencegah terjadinya halusinasi.
- e. Sesi 5: Mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat  
TAK sesi 5 bertujuan untuk melatih klien agar dapat menyebutkan keuntungan patuh minum obat, klien dapat menyebutkan akibat atau kerugian tidak patuh minum obat, klien dapat menyebutkan lima benar cara minum obat (benar pasien, obat, dosis, waktu pemberian, cara pemberian)

#### **E. Pelaksanaan dan evaluasi**

1. Pertemuan 1 tanggal 21 Januari 2020 pukul 14.00 wib

DS:

- Pasien mengatakan mendengar suara temannya laki-laki yang ingin merebut istrinya dan sekarang sudah pacaran dengan istrinya
- Pasien mengatakan mendengar suara-suara perempuan.
- Pasien mengatakan mendengar suaranya seperti menyuruhnya kawin, main judi, ngaji, cari rejeki, dan berani bayar perempuan tersebut berapa.
- Pasien mengatakan suara muncul tidak menentu (waktu tidak menentu), serta suara tersebut muncul sekitar setengah jam sampai 1 jam
- Pasien mengatakan suara tersebut muncul saat sedang sendirian atau melamun
- Pasien mengatakan senang dengan suara tersebut

DO:

- Pasien tampak komat-kamit sendiri
- Pasien tampak senyum-senyum sendiri

Tindakan keperawatan: SP 3 (bercakap-cakap)

- 1) Membina hubungan saling percaya
- 2) Mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon pasien, serta upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengontrol halusinasi
- 3) Menjelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala halusinasi
- 4) Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap
- 5) Melatih klien cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap
- 6) Memasukkan ke jadwal kegiatan

Rencana tindak lanjut

- 1) Evaluasi mengontrol halusinasi: bercakap-cakap
- 2) Melatih mengontrol halusinasi: minum obat dengan 5 benar

Evaluasi subjektif:

- Pasien mengatakan senang berkenalan dengan suster dan bruder
- Pasien mengatakan masih mendengar suara perempuan yang menyuruh dia kawin, main judi, cari rejeki, ngaji, dan mampu bayar perempuan berapa
- Pasien mengatakan senang mendengar suara tersebut
- Pasien mengatakan suara tersebut muncul 1 hari ini 1 kali, yaitu pagi hari tadi, lamanya 1 jam
- Pasien mengatakan suara muncul saat klien melamun
- Pasien mengatakan halusinasi berkurang jika berbicara dengan teman, bruder maupun suster.

Evaluasi objektif:

- Pasien dapat menyebutkan nama bruder dengan benar
- Pasien tampak senyum ketika ditanya suara tersebut menyenangkan apa tidak
- Pasien kooperatif saat melakukan tindakan
- Pasien tampak tidak senyam-senyum sendiri

Analisa:

- Gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran
- Kemampuan pasien untuk mengontrol halusinasi bertambah, yaitu pasien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan benar
- Tanda dan gejala halusinasi yang dialami pasien berkurang, yaitu pasien sudah tidak senyam-senyum sendiri

*Planning:*

Pasien: mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap setiap kali mendengar suara tersebut

Perawat: lanjutkan sp 2 halusinasi dengan minum obat

2. Pertemuan tanggal 22 Januari 2020 pukul 10.00 wib

DS:

- Pasien mengatakan senang berkenalan dengan suster dan bruder
- Pasien mengatakan masih mendengar suara perempuan janda yang menyuruh dia kawin, main judi, cari rejeki, ngaji, dan mampu bayar perempuan berapa
- Pasien mengatakan senang mendengar suara tersebut
- Pasien mengatakan suara tersebut muncul kemarin 1x yaitu pagi hari tadi, lamanya 1 jam
- Pasien mengatakan suara muncul saat klien melamun
- Pasien mengatakan halusinasi berkurang jika berbincang dengan teman, bruder maupun suster

DO:

- Pasien dapat menyebutkan nama bruder dengan benar
- Pasien tampak senyum ketika ditanya suara tersebut menyenangkan apa tidak
- Pasien kooperatif saat melakukan tindakan
- Pasien tidak senyam-senyum sendiri

Tindakan keperawatan: SP 2 (minum obat)

- 1) Membina hubungan saling percaya
- 2) Mengevaluasi tanda dan gejala halusinasi
- 3) Memvalidasi kemampuan klien melakukan latihan bercakap-cakap
- 4) Mengevaluasi manfaat bercakap-cakap
- 5) Melatih cara mengontrol halusinasi dengan obat

Rencana tindak lanjut

- 1) Evaluasi mengontrol halusinasi: bercakap-cakap
- 2) Evaluasi mengontrol halusinasi: minum obat dengan 5 benar
- 3) Melatih mengontrol halusinasi: menghardik
- 4) Melatih mengontrol halusinasi: melakukan kegiatan

Evaluasi subjektif:

- Pasien mengatakan masih mendengar suara perempuan yang menyuruh menikah dan mengaji
- Pasien mengatakan sudah bercakap-cakap dengan temannya
- Pasien mengatakan suara tersebut muncul malam tadi dan pagi ini lamanya 1 jam
- Pasien mengatakan 5 benar minum obat yaitu benar nama pasien, benar nama obat, benar dosis obat, benar cara minum obat, dan benar cara pemberian obat

Evaluasi objektif:

- Pasien tampak berbicara-bincang dengan temannya
- Pasien tampak tidak senyum sendiri

- Pasien hafal nama perawat
- Pasien tampak mencontohkan lagi cara berkacap-cakap
- Pasien tampak suara keras dan cepat
- Pasien tampak memukul meja saat ditanya masa lalunya saat masih bersama istrinya
- Pasien tampak tidak komat-kamit sendiri
- Pasien dapat menyebutkan 5 benar minum obat tetapi harus dilakukan secara berulang

*Analisa:*

- Gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran
- Kemampuan pasien untuk mengontrol halusinasi bertambah, yaitu pasien dapat mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dan cara 5 benar minum obat
- Tanda dan gejala halusinasi yang dialami pasien berkurang, yaitu pasien sudah tidak senyam-senyum sendiri dan pasien tidak komat-kamit sendiri lagi

*Planning:*

Pasien: mengontrol halusinasi dengan minum obat dengan 5 benar

Perawat: lanjutkan sp 1 halusinasi dengan menghadik

3. Pertemuan tanggal 23 Januari 2020 pukul 14:40 wib

*DS:*

- Pasien mengatakan ingat istrinya dan pasien kesal
- Pasien mengatakan jika sekarang ada orang yang memukul dia duluan akan dia balas

*DO:*

- Pasien tampak berbicara keras
- Pasien berbicara cepat
- Pasien tampak mengepalkan tangan dan memukul meja setiap cerita masalah istrinya

- Pandangan atau tatapan mata klien tampak tajam ketika cerita masalah istrinya

Tindakan keperawatan: SP 1 (Tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal)

- 1) Membina hubungan saling percaya
- 2) Mengidentifikasi tanda dan gejala
- 3) Mengidentifikasi perilaku kekerasan
- 4) Mengidentifikasi akibat marah
- 5) Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan Tarik nafas dalam dan pukul Kasur bantal
- 6) Memasukkan pada jadwal kegiatan harian klien

Rencana tindak lanjut:

- 1) Evaluasi mengontrol rasa marah dengan Tarik nafas dalam dan pukul Kasur bantal
- 2) Melatih mengontrol rasa marah dengan spiritual
- 3) Melatih mengontrol rasa marah dengan minum obat
- 4) Melatih mengontrol rasa marah dengan meminta, memberi, dan mengungkapkan dengan baik

Evaluasi subjektif:

- Pasien mengatakan merasa kesal dengan istrinya yang telah meninggalkannya
- Pasien mengatakan kesal sama abangnya yang bilang dia menggagu anak abangnya, kemudian klien kesal sama abangnya karena masalah motor
- Pasien mengatakan kenal sama perawat dan menyebutkannya
- Pasien mengatakan sedikit tenang saat melakukan tarik nafas dalam

Evaluasi objektif:

- Pandangan atau tatapan mata klien tampak sedikit masih tajam jika ditanya tentang istrinya
- Pasien sudah tidak berbicara cepat
- Intonasi suara pasien sedikit mulai meningkat jika ditanya tentang istrinya
- Pasien menyebutkan nama perawat
- Pasien dapat melakukan teknik nafas dalam, namun harus sering diingatkan

Analisa:

- Resiko perilaku kekerasan
- Kemampuan pasien untuk mengontrol marah bertambah, yaitu pasien dapat mengontrol perilaku amarah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal dengan benar
- Tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan yang dialami pasien berkurang, yaitu pasien sudah tidak berbicara cepat lagi.

*Planning:*

Pasien: mengontrol rasa marah dengan Tarik nafas dalam dan pukul Kasur bantal

Perawat: latih cara mengontrol rasa marah dengan spiritual dan operan ke perawat ruangan untuk melanjutkan cara mengontrol rasa marah dengan spiritual

## **BAB IV PEMBAHASAN**

### **A. Konsep Medik**

Diagnosa medik pada pasien adalah skizofrenia tak terinci. Skizofrenia tipe ini mempunyai gejala-gejala psikosis aktif yang menonjol seperti, kebingungan, pembicaraan tidak terorganisasi, gangguan berpikir dan halusinasi, data yang mendukung diagnosa tersebut pada pasien adalah adanya gejala-gejala positif yang muncul, seperti pada pasien adanya halusinasi, pembicaraan tidak terorganisasi seperti saat klien bercerita tidak hanya pertanyaan yang ditanyakan perawat, dan halusinasi dibuktikan pasien mengatakan mendengar suara temannya yang ingin merebut istrinya dan suara perempuan seperti menyuruhnya kawin, main judi, ngaji, cari rejeki, serta berani bayar perempuan tersebut berapa. Padahal suara tersebut tidak nyata. Adapun faktor yang memicu terjadinya skizofrenia tak terinci pada kasus adalah akibat perceraian yang dialami pasien, pasien stress akan hal yang terjadi.

Pasien mendapatkan penatalaksanaan obat Loratadine 10 mg, Lorazepam 2mg, Merlopam 0,5 mg, Risperidone 2 mg, Clozapine 25 mg, dan Trihexyphenidyl 2 mg. Dari penatalaksanaan tersebut sesuai teori serta tanda dan gejala pada pasien halusinasi dengan mendapatkan obat antipsikotik golongan atipikal untuk menyeimbangkan dopamin dan serotonin yaitu obat risperidone dan clozapine, pasien juga depresi dengan merasa hidup tidak berarti karena seharusnya dia sudah punya anak tetapi istrinya malah meminta cerai dan tidak mau memberi kewajibannya sebagai seorang istri sesuai dengan tanda dan gejala serta teori pada pasien mendapatkan obat ansiolitik yaitu obat merlopam dan lorazepam untuk cemas dan depresi, serta pasien terdapat luka di bagian kaki dan mendapatkan obat antihistamin yaitu obat loratadine.

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Faktor predisposisi**

#### **a. Biologis**

Pasien mempunyai mekanisme coping yang maladaptif, dimana pasien mengatakan saat ada masalah pasien suka minum alkohol dan bermain judi. Berdasarkan kasus pasien mengatakan anggota keluarga yang sama dengan penyakit yang di deritanya dan pernah dirawat di Rumah Sakit Duren Sawit juga yaitu kakak pasien yang nomor 2. Hal ini dapat berkaitan dengan gangguan jiwa dan didukung hasil penelitian yang dilakukan di Desa Banaran Galur Kulor Progo Yogyakarta dengan jumlah sampel 96 orang hasilnya menemukan bahwa sebagian besar atau 54,2 % responden desa Banaran yang mengalami gangguan jiwa diketahui memiliki riwayat keturunan gangguan jiwa, sedangkan yang tidak memiliki riwayat keturunan gangguan jiwa terdapat 48% pasien yang mengalami gangguan jiwa berarti individu dengan faktor keturunan gangguan jiwa memiliki peluang lebih besar untuk mengalami gangguan jiwa (Wahyuningsih, 2015).

#### **b. Psikologis**

Pasien mengatakan mulai gangguan jiwa sejak tahun 2011, setelah cerai dengan istrinya. Pasien mengatakan merasa sangat stress pada saat itu, dan merasa hidupnya tidak berarti setelah di tinggal istrinya. Hal ini didukung dari hasil penelitian yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Taman Sari tahun 2017 dengan jumlah sampel 24 responden dengan hasil faktor pencetus yang paling banyak pada pasien yang mengalami gangguan jiwa adalah kehilangan orang yang berarti atau dicintai yaitu 42% (Restina & Sulistian, 2017). Hal tersebut juga didukung dari hasil penelitian di RSJ Sabang Lihum dengan jumlah sampel 103 responden dengan hasil berdasarkan status pernikahan sebagian besar pasien tidak menikah atau diceraikan pasangan yaitu 83% dibandingkan dengan yang menikah yaitu sebanyak 17% (Widyarti, Limantara, & Khatimah, 2019).

c. Sosial budaya

Berdasarkan kasus pasien mengatakan pekerjaan sehari-hari sebagai buruh atau pekerja panggilan, jika tidak ada panggilan kerja maka dia tidak bekerja. Hal ini didukung dari hasil penelitian yang dilakukan di Desa Paringan Kecamatan Jenangan Kabupaten Ponogoro dengan jumlah sampel sebanyak 30 responden dengan hasil menunjukkan bahwa sebagian besar sebanyak 86,67 % (26 orang) pasien yang mengalami gangguan jiwa mempunyai riwayat penghasilan dibawah Rp. 745.000,00 (Yanuar, 2019).

## 2. Faktor presipitasi

Pasien mengatakan bahwa masuk ke panti dan Rumah Sakit Duren Sawit dengan alasan pasien menganggap bahwa meminum obat tidak dilakukan secara terus menerus, melainkan bila pasien mendengar suara-suara saja. Hal ini didukung dengan penelitian faktor presipitasi yang terjadi pada klien dengan halusinasi diantaranya adalah faktor biologis dimana ini termasuk riwayat pemakaian obat, faktor psikologis yakni intensitas kecemasan yang ekstrim dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah memungkinkan berkembangnya gangguan orientasi realitas dan faktor sosiokultural yakni stress dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang yang penting, atau diasingkan dari kelompok dapat menimbulkan halusinasi (Zukna & Lisiswanti, 2017).

Hal tersebut juga didukung dari hasil penelitian yang dilakukan di wilayah kerja puskesmas Geger Kabupaten Mediu tentang hubungan kepatuhan minum obat dengan tingkat kekambuhan pasien halusinasi dengan responden sebanyak 36 responden dengan hasil menunjukkan didapat  $P$  value =  $0,000 < \alpha = 0,05$ , artinya ada hubungan kepatuhan minum obat dengan tingkat kekambuhan pada pasien halusinasi di wilayah kerja puskesmas geger Kabupaten Madiun dan dapat di lihat

juga dari nilai  $r$  hitung = 0,737 yang dikategorikan kuat (0,60-0,799) yang artinya keeratan hubungan minum obat dengan tingkat kekambuhan pada pasien halusinasi di wilayah kerja Puskesmas Geger Kabupaten Madiun adalah kuat atau sebanyak 52,8% kepatuhan minum obat yang paling banyak terjadi pada orang dengan gangguan jiwa termasuk dalam kategori kekambuhan sering (Rahmawati, 2019).

### 3. Tanda dan gejala

Pasien mengatakan mendengar suara temannya yang ingin merebut istrinya dan suara perempuan seperti menyuruhnya kawin, main judi, ngaji, cari rejeki, serta berani bayar perempuan tersebut berapa. Suara tersebut muncul tidak menentu (tidak ada waktu khusus), suara tersebut muncul sekitar setengah jam sampai 1 jam, suara tersebut muncul saat pasien sedang sendirian atau melamun, pasien mengatakan setiap mendengar suara tersebut pasien merasa senang. Pasien tampak sering senyum-senyum sendiri dan komat-kamit sendiri. Hal ini didukung dari hasil penelitian yang dilakukan di ruang Nakula RSJD di Surakarta pasien mengatakan mendengar suara yang mengejeknya, pasien mendengar bisikan setiap saat, mendengar bisikan berkali-kali, mendengar bisikan pada situasi yang tidak tentu, pasien terlihat berbicara sendiri, tertawa sendiri, gelisah, terlihat mondar-mandir (Zelika & Dermawan, 2015)

### 4. Diagnosa

Diagnosa keperawatan pada keperawatan jiwa mempunyai diagnosa tunggal berbeda dengan pada umumnya pada keperawatan lainnya yang menggunakan diagnosa (PES), pada diagnosa keperawatan jiwa ada dikatakan *core problem*, *causa*, dan efek. Pada pasien Tn. A terdapat masalah keperawatan dengan *core problem* gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran karena saat pengkajian pasien mengatakan mendengar suara perempuan seperti menyuruhnya kawin, main judi, ngaji, cari rejeki, serta berani bayar perempuan tersebut berapa. Padahal

suara tersebut tidak nyata. Suara tersebut muncul tidak menentu ( tidak ada waktu khusus), suara tersebut muncul sekitar setengah jam sampai 1 jam, suara tersebut muncul saat klien sedang sendirian atau melamun, klien mengatakan setiap mendengar suara tersebut pasien senang. Klien tampak sering senyum-senyum sendiri.

## 5. Intervensi keperawatan

Perencanaan yang disusun sudah sesuai dengan teori, yaitu tujuan yang dibuat secara *SMART S* (spesifik) yaitu perencanaan tindakan keperawatan yang dibuat berupa strategi pelaksanaan (SP) yang disesuaikan dengan kondisi pasien atau sesuai *core problem* yang telah ditetapkan, yaitu halusinasi pendengaran yang terdiri dari strategi pelaksanaan SP 1 menghardik, SP 2 minum obat, SP 3 bercakap-cakap, SP 4 melakukan aktivitas.

*M (measurable)*: tujuan yang ingin dicapai dapat diukur menggunakan indikator pengukuran yang tepat untuk mengevaluasi tingkat keberhasilan, yaitu SP 1 memiliki kriteria hasil: pasien dapat membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon pasien, upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengontrol halusinasi, serta memperagakan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. SP 2 memiliki kriteria hasil: klien dapat menjelaskan manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat, nama obat, bentuk dan warna obat, dosis yang diberikan kepadanya, waktu pemakaian, cara pemakaian, efek yang dirasakan, dan klien menggunakan obat sesuai program. SP 3 memiliki kriteria hasil: Klien dapat memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain. SP 4 memiliki kriteria hasil: Klien dapat membuat dan melakukan aktifitas sesuai dengan kegiatan harian yang sudah dibuat.

*A (Achievable)*: dalam tujuan perencanaan, jumlah pertemuan disesuaikan dengan pertimbangan kondisi pasien, yaitu kondisi pasien

memungkinkan untuk pelaksanaan keperawatan yang dibuktikan dengan pasien tampak kooperatif, berbicara terarah, dan dapat berkonsentrasi.

R (*reasonable*): setiap tindakan keperawatan (SP) yang dibuat memiliki pembenaran serta pertimbangan yang logis atau berdasarkan rasional.

T (*time*): tujuan yang direncanakan memiliki jangka waktu yang spesifik untuk mencapai kriteria hasil yang diharapkan. Pada kasus strategi pelaksanaan 1 direncanakan sebanyak 1 kali pertemuan, strategi pelaksanaan 2 direncanakan sebanyak 2 kali pertemuan, strategi pelaksanaan 3 direncanakan sebanyak 1 kali pertemuan, dan strategi pelaksanaan 4 direncanakan 1 kali pertemuan, hal ini karena pasien kooperatif serta dapat berkonsentrasi dengan baik.

## 6. Implementasi keperawatan

Perawat kesehatan jiwa dalam mengimplementasikan rencana yang telah dirancang sebelumnya. Implementasi adalah pemberian asuhan keperawatan aktual dan respons klien asuhan tersebut. Sebelum melakukan tindakan keperawatan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana yang ditetapkan masih sesuai dengan kondisi pasien saat ini (*here and now*).

Pada pasien Tn. A strategi pelaksanaan 3 yaitu becakap-cakap dilakukan pertama kali karena Tn. A saat dilakukan strategi pelaksanaan halusinasinya masih di tahap *comforting*, dan hanya dilakukan 1 kali interaksi karena 1 pasien dapat membina hubungan saling percaya, dapat bercerita masalah yang di alami dan dapat berkomunikasi dengan baik. Kemudian strategi pelaksanaan 2 yaitu minum obat, dilakukan sebanyak 1 kali interaksi karena pasien telah mengetahui berapa obat yang dikonsumsi tetapi pasien hanya tau nama sebagian obat yang di minum, pasien juga tau kapan harus minum obat dan prinsip 5 benar

minum obat. Dan saat ingin dilakukan strategi pelaksanaan 3 menghardik pasien tampak kesal dengan intonasi suara tinggi, suara cepat, dan tampak memukul meja. Sehingga untuk strategi pelaksanaan halusinasi sementara diganti dengan strategi pelaksanaan resiko perilaku kekerasan (SP) 1 tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal karena sesuai dengan kondisi pasien saat akan dilakukan strategi pelaksanaan. Pada pasien tidak dilakukan strategi pelaksanaan keluarga karena keluarga pasien pada saat pasien di Rumah Sakit Duren Sawit tidak pernah menjenguk pasien.

## **7. Evaluasi**

Evaluasi yang dilakukan sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan, evaluasi dilakukan setiap setelah melakukan tindakan keperawatan, yaitu strategi pelaksanaan individu: pada SP 3 halusinasi pertemuan 1 pasien dapat memenuhi semua kriteria pencapaian SP 3 yaitu, pasien dapat membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon pasien, upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengontrol halusinasi, dan memperagakan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap serta perubahan pada kemampuan pasien untuk mengontrol halusinasi, yaitu dari sebelum melakukan tindakan pasien belum mengetahui cara mengontrol halusinasi setelah dilakukan strategi pelaksanaan dengan bercakap-cakap pasien dapat mengontrol halusinasinya yang dibuktikan halusinasi berkurang jika berbicara dengan teman, bruder, dan suster serta pasien tidak senyum sendiri dan tidak komat-kamit sendiri.

SP 2 halusinasi pertemuan 1 pasien dapat memenuhi kriteria pencapaian yaitu klien dapat menjelaskan manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat, nama obat, bentuk dan warna obat, dosis yang diberikan kepadanya, waktu pemakaian, cara pemakaian, efek yang dirasakan, dan pasien menggunakan obat sesuai program serta perubahan pada kemampuan pasien dengan mengetahui 5 benar minum obat (nama

pasien, benar nama obat, benar dosis obat, benar cara minum obat, dan benar cara pemberian obat) yang sebelumnya pasien hanya mengetahui nama obat.

SP 1 resiko perilaku kekerasan pertemuan 1 pada pasien mengalami peningkatan kemampuan dari sebelumnya pasien tidak mengetahui cara mengontrol amarah setelah dilakukan tindakan pasien bisa mengontrol amarah dengan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal yang dibuktikan dengan pasien tidak berbicara cepat.

## **BAB V PENUTUP**

### **A. Kesimpulan**

Diagnosa medis pada pasien Tn. A adalah F20.3 yaitu skizofrenia tak terinci. Tanda dan gejala yang ditemukan pada kasus adalah Pasien mengatakan mendengar suara temannya yang ingin merebut istrinya dan suara perempuan, suaranya seperti menyuruhnya kawin, main judi, ngaji, cari rejeki, dan berani bayar perempuan tersebut berapa, suara muncul tidak menentu (waktu tidak menentu), serta suara tersebut muncul sekitar setengah jam sampai 1 jam, suara tersebut muncul saat sedang sendirian atau melamun, Pasien senang dengan suara tersebut, dan pasien tampak senyam-senyum sendiri dan komat-kamit sendiri. Obat-obatan yang dikonsumsi pasien saat ini adalah Loratadine 10 mg, Lorazepam 2 mg, Merlopan 0,5 mg, Risperidone 2 mg, Clozapine 25 mg, dan Trihexyphenidyl 2 mg.

Faktor predisposisi pada kasus adalah pasien mulai gangguan jiwa pada tahun 2011, dikarenakan dia bercerai dengan istrinya atau di ceraikan istrinya hal tersebut membuat pasien merasa hidupnya tidak berarti dan menyebabkan pasien stress pada saat itu. Faktor presipitasi adalah pasien sebelumnya di bawa abangnya ke panti karena abangnya menganggap pasien mengganggu anak-anaknya dan setelah di panti pasien marah kepada temannya yang di panti karena mengambil makanannya dan memukul temannya sehingga pasien di bawa ke Rumah Sakit Duren Sawit, pasien juga mengatakan minum obat saat suara perempuan itu datang saja.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien adalah gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran, Harga diri rendah kronik, Resiko perilaku kekerasan, Mekanisme koping individu tidak efektif, dan Resiko infeksi.

Diagnosa yang menjadi *core problem* adalah gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran karena tanda dan gejala yang muncul lebih menonjol pada saat pengkajian.

Perencanaan keperawatan pada pasien adalah focus pada *core problem* yaitu gangguan sensori persepsi: halusinasi dengan melakukan Strategi Pelaksanaan (SP). SP 1 pada pasien direncanakan satu kali pertemuan, SP 2 dua kali pertemuan, SP 3 satu kali pertemuan, dan SP 4 satu kali pertemuan. Perencanaan pada keluarga terdiri dari 3 SP dan masing-masing direncanakan satu kali pertemuan.

Pelaksanaan pada SP 3 dilakukan pertama kali karena pasien masih dalam tahapan halusinasi *comforting*, dan SP 2 minum obat masing-masing dilakukan dengan 1 kali pertemuan, sedangkan pertemuan selanjutnya dilakukan SP 1 Resiko Perilaku Kekerasan karena pada saat itu melihat dari kondisi pasien yaitu pasien mengatakan kesal dengan istrinya, jika sekarang ada orang yang memukul dia duluan akan dia balas, Klien tampak berbicara keras, Klien tampak mengepalkan tangan dan memukul meja setiap cerita masalah istrinya, Pandangan atau tatapan mata klien tampak tajam ketika cerita masalah istrinya, dan SP pada keluarga tidak dapat dilaksanakan karena keluarga Selama pasien di rumah sakit tidak pernah mengunjungi pasien.

Evaluasi pada Tn. A menggunakan evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan dan evaluasi hasil sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon klien dan tujuan khusus serta umum yang telah dilakukan. Hasil evaluasi setelah pasien dilakukan asuhan keperawatan pasien sudah tidak senyam-senyum sendiri lagi, dan tidak berbicara cepat serta tidak komat-kamit sendiri.

## **B. Saran**

### 1. Bagi Lahan Praktik

Pihak rumah sakit diharapkan bisa meningkatkan pelayanan bagi pasien dengan gangguan jiwa dalam memberikan asuhan terapi yaitu strategi pelaksanaan pada pasien dan keluarga. Pihak rumah sakit juga perlu memperhatikan cara berkomunikasi dengan pasien, dan sesering mungkin berinteraksi dengan pasien.

### 2. Bagi institusi

Diharapkan pihak institusi dapat menambah referensi buku-buku terkini tentang asuhan keperawatan jiwa yang mengikuti referensi terbaru dan dan sesuai dengan pakarnya.

### 3. Bagi mahasiswa

Mahasiswa diharapkan dapat terus mengembangkan kemampuan komunikasi terapeutik untuk merawat klien dengan gangguan jiwa dan menerapkannya saat melakukan strategi pelaksanaan serta meningkatkan kemampuan dalam konsep dasar asuhan keperawatan jiwa.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, M. (2017). Tingkat Pengetahuan Pasien dalam Melakukan Cara Mengontrol dengan Perilaku Pasien Halusinasi Pendengaran. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia*, 7(4), 306-312.
- Ambar. (2018, Agustus 28). *17 Teknik dalam Komunikasi Keperawatan yang Perlu Diketahui*. Retrieved Februari 21, 2020, from <https://pakarkomunikasi.com/teknik-dalam-komunikasi-keperawatan>
- Ayuningtyas, D., Misnaniarti, & Rahyani, M. (2018). Analisis Situasi Kesehatan Mental pada Masyarakat di Indonesia dan Strategi Penanggulangannya. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 9(1), 1-10.
- Azizah, L. M. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik*. Yogyakarta: Indomedia Pustaka.
- Candra, I. W., & dkk. (2017). *Psikologi Landasan Keilmuan Praktik Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Andi.
- Lingga, B. Y. (2019). Peningkatan Mutu Perawat dan Asuhan Keperawatan Melalui Evaluasi Keperawatan.
- Lisdiana. (2012). Biosantifika. *Jurnal UNNES*, 4(1), 18-26.
- Mamik. (2015). *Buku Ajar Manajemen Keperawatan*. Sidoarjo: Zifatama Publisher.
- Nurhalimah. (2018). *Modul Ajar Konsep Keperawatan Jiwa*. Jakarta: AIPVIKI.
- Pratama, Y., Syahrial, & Ishak, S. (2015). Hubungan Keluarga Pasien Terhadap Kekambuhan Skizofrenia di Badan layanan Umum Daerah Rumah Sakit Jiwa Aceh. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 15(2), 77-86.
- Purnama, G., Yani, D. I., & Sutini, T. (2016). Gambaran Stigma Masyarakat Terhadap Klien Gangguan Jiwa di RW 09 Desa Cileles Sumedang. *Indonesia University of Education*, 2(1), 29-37.

- Qonitah, N., & Isfandiari, M. A. (2015). Hubungan Antara IMT dan Kemandirian Fisik dengan Gangguan Mental Emosional pada Lansia. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 3(1), 1-11.
- Rahmawati, I. L. (2019). *Hubungan Kepatuhan Minum Obat dengan Tingkat Kekambuhan pada Pasien Halusinasi di Wilayah Kerja Puskesmas Geger Kabupaten Madiun*. Skripsi, STIKes Bhakti Husada Mulia, Madiun. Retrieved Mei 24, 2020
- Restina, N., & Sulistian, F. (2017). Karakteristik Pasien yang Mengalami Gangguan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Tamansari. *Jurnal Kesehatan Universitas Muhamadiyah Tasikmalaya*, 124-130.
- RISKESDAS. (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018*. Retrieved Februari 08, 2020, from [http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi\\_rakorpop\\_2018/Hasil%20Riskasdas%202018.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpop_2018/Hasil%20Riskasdas%202018.pdf)
- Stuart, G. W. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Indonesia: Elsevier.
- Suryaningrum, N. (2019). Determinan Perceraian di Jakarta Timur. *Jurnal Forum Ilmu Sosial*, 46(2), 128-141.
- Tumanggor. (2018). *Asuhan Keperawatan pada Klien Skizofrenia dengan Pendekatan NANDA, NIC, NOC, dan ISDA*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tumanggor, R. D. (2018). *Asuhan Keperawatan pada Klien Skizofrenia dengan Pendekatan NANDA, NOC, NIC, dan ISDA*. Jakarta: Salemba Medika.
- Untari, I. (2018). Dampak Perceraian Orangtua Terhadap Kesehatan Psikologis Remaja. *Jurnal Media Publikasi Penelitian*, 15(2), 99-106.
- Wahyuningsih, S. (2015). *Hubungan Faktor Keturunan dengan Kejadian Gangguan Jiwa di Desa Banaran Galur Kulor Progo Yogyakarta*. Skripsi, STIKes Aisyiyah, Yogyakarta. Retrieved Mei 7, 2020

- Widyarti, E. P., Limantara, S., & Khatimah, H. (2019). Gambaran Faktor Prognosis pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum. *Jurnal Homeostasis*, 2(3), 509-518.
- Wiharjo, G. F. (2014). Hubungan Persepsi dengan Sikap Masyarakat Terhadap Penderita Skizofrenia di Surakarta.
- World Health Organization. (2019). *Skizofrenia*. Retrieved february 09, 2020, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Yanuar, R. (2019). Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Gangguan Jiwa di Desa Paringan Kecamatan Jenagan Kabupaten Ponorogo. *Pyschiatry Nursing Journal*, 1-14.
- Yudhantara, D., & Istiqomah, R. (2018). *Sinopsis Skizofrenia untuk Mahasiswa Kedokteran*. Malang: UB Press.
- Zahnia, S., & Sumekar, D. W. (2016). Kajian Epidemiologi Skizofrenia. *Jurnal MAJORITY*, 5(4), 160-166.
- Zelika, A. A., & Dermawan, D. (2015). Kajian Asuhan Keperawatan Jiwa Halusinasi Pendengaran pada SDR. D di Ruang Nakula RSJD Surakarta. *Jurnal PROFESI*, 12(2), 8-15.
- Zukna, N. A., & Lisiswanti, R. (2017). Pasien dengan Halusinasi dan Waham Bizarre. *Medula Unila*, 7(1), 38-42.

# LAMPIRAN

## LAMPIRAN 1

### Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 3 Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

---

Nama Pasien : Tn. A  
Pertemuan : 1  
Hari/Tanggal : Selasa, 21 Januari 2020  
Alamat : Ruang Belimbing RSKD Duren Sawit

#### A. Proses Keperawatan

##### 1. Kondisi Pasien

###### Data Subjektif:

- Pasien mendengar suara temannya laki-laki yang ingin merebut istrinya
- Pasien mengatakan mendengar suara perempuan seperti menyuruhnya untuk kawin, main judi, ngaji, cari rejeki, dan berani bayar perempuan tersebut berapa
- Pasien mengatakan suara muncul tidak menentu bisa muncul pagi, siang, dan malam hari
- Pasien mengatakan lama suara tersebut muncul sekitar setengah jam sampai satu jam
- Pasien mengatakan responnya senang ketika suara tersebut muncul
- Pasien mengatakan suara tersebut muncul saat sedang melamun atau sendirian

###### Data Objektif:

- Pasien tampak sering senyam-senyum sendiri
  - Pasien tampak komat-kamit sendiri
2. Diagnosa keperawatan: gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran
  3. Tujuan khusus: pasien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap

4. Tindakan keperawatan: SP 3 halusinasi

- Bina hubungan saling percaya
- mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon pasien, serta upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengontrol halusinasi
- Jelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala halusinasi
- Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap
- Melatih klien cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap

B. Strategi komunikasi

1. Tahap pra interaksi: siapkan LP, SP, askep, pasien, dan diri perawat
2. Tahap orientasi
  - a. Salam terapeutik: selamat pagi pak, perkenalkan saya bruder julius yang akan merawat bapak pagi ini dan untuk beberapa hari kedepan. Kalau nama bapak sendiri siapa dan tanggal lahir bapak berapa? Bapak senangnya di panggil apa? Kalau bruder senangnya di panggil Julius.
  - b. Evaluasi: bagaimana perasaan bapak hari ini? Tidur nyenyak tidak semalam semalam pak? Apakah bapak masih mendengar suara seperti yang membisikan sesuatu kepada bapak tetapi tidak ada orangnya?
  - c. Validasi: apa yang bapak lakukan apabila mendengar suara-suara tersebut?
  - d. Kontrak:
    - Topik dan tujuan: baik pak, sekarang kita akan membicarakan cara mengatasi suara yang bapak dengar dengan 4 cara yaitu bercakap-cakap, minum obat, menghardik, dan melakukan kegiatan. Hari ini kita akan membahas cara yang pertama, yaitu bercakap-cakap tujuannya agar perhatian bapak teralihkan dari suara tersebut
    - Waktu: bapak mau berapa lama kita berbincang-bincang? Bagaimana jika 30 menit?
    - Tempat: bapak lebih nyaman ngobrolnya di mana, bagaimana kalau di sini saja?

### 3. Tahap kerja

#### a. Pengkajian

Baik pak, sekarang kita akan membahas tentang suara yang bapak dengar. Dari pengamatan saya atau saya perhatikan bapak sepertinya senyam-senyum sendiri, apakah ada suara yang membisikkan sesuatu kepada bapak? Apa yang dikatakan suara tersebut? Seberapa sering bapak mendengar suara tersebut dalam satu hari, berapa lama suara tersebut muncul? Kapan dan pada saat apa suara tersebut muncul? Saat suara itu muncul apa perasaan bapak? Apa yang bapak lakukan saat suara itu muncul? Apakah bapak pernah mengalihkan suara tersebut dengan berbincang-bincang dengan orang lain?

#### b. Penjelasan

Baik pak, jadi suara yang bapak dengar itu adalah halusinasi. Halusinasi adalah gangguan sensori persepsi yaitu mempersepsikan sesuatu yang salah atau mempersepsikan sesuatu yang tidak terjadi. Sedangkan, halusinasi dibagi menjadi 5 yaitu halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan, dan perabaan. Apa yang bapak dengar itu merupakan halusinasi dan tergolong ke dalam halusinasi pendengaran. Pagi ini saya akan menjelaskan serta melatih cara yang pertama untuk mengatasi suara-suara yang bapak dengarkan tersebut yaitu bercakap-cakap dengan orang lain. Jadi, apabila bapak mulai mendengar suara-suara tersebut bapak bisa langsung mencari teman untuk berbincang. Bapak juga bisa berbincang dengan bruder maupun suster yang ada di sini, pada saat bercakap-cakap atau ngobrol dengan orang lain perhatian bapak bisa teralihkan sehingga suara-suara tersebut akan menghilang secara perlahan. Tetapi saat hendak ngobrol sama orang lain kita tanya dulu kepada orang tersebut apakah kita bisa ngobrol dengan dia jika tidak maka kita tidak boleh memaksakan dan kita cari teman yang lain yang bisa di ajak ngobrol, jika ada teman yang mau diajak ngobrol baru bapak ceritakan masalah yang sedang bapak alami kepada teman bapak.

c. Demonstrasi

Baik pak. Sekarang saya contohkan cara bercakap-cakap dengan orang lain ya (perawat mencontohkan)

d. Redemonstrasi

Tadi bruder sudah contohkan cara bercakap-cakap dengan orang lain, coba sekarang bapak ulangi kembali apa yang sudah bruder contohkan tadi.

4. Tahap terminasi

a. Evaluasi subjektif: bagaimana perasaan bapak setelah kita berlatih mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap? Apakah bapak sudah mengerti?

b. Evaluasi objektif: coba bapak contohkan kembali cara bercakap-cakap dengan orang lain? Wah bapak hebat ya

c. Rencana tindak lanjut: baik pak kegiatan kita hari ini sudah selesai, bapak bisa melakukan seperti itu kembali yaitu bercakap-cakap dengan orang lain jika suara tersebut masih terdengar dan jangan sampai tidak dilakukan ya pak saat suara itu muncul. Besok bruder akan tanyakan kepada bapak apakah yang sudah bruder ajarkan dilakukan bapak saat mendengar suara dan bapak bercakap-cakapnya dengan siapa saja.

d. Rencana yang akan datang: Besok kita bertemu lagi ya pak, untuk membahas cara yang kedua dalam mengontrol halusinasi yaitu dengan minum obat. Bapak besok mau jam berapa? Bagaimana jika jam 10 pagi? Tempatnya disini saja ya pak, bagaimana? Baik pak, bruder permisi dulu ya

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan  
SP 2 Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

---

Nama Pasien : Tn. A  
Pertemuan : 1  
Hari/Tanggal : Rabu, 22 Januari 2020  
Alamat : Ruang Belimbing RSKD Duren Sawit

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

Data Subjektif:

- Pasien mengatakan senang berkenalan dengan suster dan bruder
- Pasien mengatakan masih mendengar suara perempuan janda yang menyuruh dia kawin, main judi, cari rejeki, ngaji, dan mampu bayar perempuan berapa
- Pasien mengatakan senang mendengar suara tersebut
- Pasien mengatakan suara tersebut muncul kemarin 1x yaitu pagi hari tadi, lamanya 1 jam
- Pasien mengatakan suara muncul saat klien melamun
- Pasien mengatakan halusinasi berkurang jika berbicara dengan teman, bruder maupun suster.

Data Objektif:

- Pasien dapat menyebutkan nama bruder dengan benar
  - Pasien tampak senyum ketika ditanya suara tersebut menyenangkan apa tidak
  - Pasien kooperatif saat melakukan tindakan
  - Pasien tidak senyam-senyum sendiri lagi
2. Diagnosa keperawatan: gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran
3. Tujuan khusus: pasien dapat mengontrol halusinasi dengan cara minum obat

4. Tindakan keperawatan: SP 2 halusinasi
  - Bina hubungan saling percaya
  - Evaluasi tanda dan gejala halusinasi
  - Validasi kemampuan pasien melakukan latihan bercakap-cakap
  - Evaluasi manfaat melakukan bercakap-cakap
  - Latih cara mengontrol halusinasi dengan minum obat (jelaskan tentang 5 cara benar minum obat: nama, obat, dosis, waktu, dan cara pemberian)

#### B. Strategi komunikasi

1. Tahap pra interaksi: siapkan LP, SP, askep, pasien, dan diri perawat.
2. Tahap orientasi
  - a. Salam terapeutik : selamat pagi pak, Masih ingat dengan bruder?
  - b. Evaluasi : bagaimana kabar bapak hari ini? Apakah bapak masih mendengar suara?
  - c. Validasi : apakah bapak melakukan apa yang sudah diajarkan atau kita latih kemarin? Coba contohkan ulang apa yang kita latih kemarin?
  - d. Kontrak
    - Topik dan tujuan: baik pak, sekarang bruder akan ajarkan cara yang kedua untuk menghilangkan suara yaitu dengan minum obat. Tujuannya supaya suara yang didengar bapak bisa hilang, bagaimana pak?
    - Waktu: waktunya kira-kira 30 menit saja, bagaimana pak?
    - Tempat: tempatnya disini saja seperti kemarin, atau dimana pak?
3. Tahap kerja
  - a. Pengkajian
    - Apakah bapak masih mendengar suara?
    - Apakah suara yang bapak dengar masih seperti kemarin?
    - Apakah Waktu muncul suaranya masih tidak menentu pak?
    - Dalam sehari bapak mendengar suara tersebut berapa kali? Dan berapa lama pak?

- Kemarin bapak mendengar suara saat sedang melamun, kalau sekarang suara itu muncul saat bapak sedang apa?
- Apa respon bapak saat mendengar suara itu?

b. Menjelaskan

Sekarang bruder mau jelasin ya pak, sebelum minum obat bapak harus cek 5 benar dulu dalam minum obat yaitu benar nama pasien, nama obat, dosis, waktu, dan cara pemberiannya. Obat yang pertama yaitu obat loratadine yaitu berwarna putih berfungsi menurunkan cemas bapak, yang kedua ada lorazepam yaitu berwarna merah jambu fungsinya sama seperti obat yang pertama yaitu untuk menurunkan cemas, dan yang ketiga ada merlopam berwarna putih yaitu untuk cemas juga, ketiga obat ini diminum 1 kali sehari pada jam 6 pagi, kemudian obat risperidon berwarna merah jambu untuk tingkah laku atau menenangkan, selanjutnya obat corilex berwarna kuning untuk mengembalikan suasana, dan obat Thp berwarna kuning untuk menetralkan efek samping dari semua obat. Ketiga obat ini diminum 2 kali sehari pada jam 6 pagi dan 6 sore, semua obat ini diminum lewat mulut ya pak ditelan pakai air. Biasa efek sampingnya mengantuk, mulut kering, berdebar-debar, bagaimana pak apakah sudah jelas?

c. Demonstrasi

Saya contohkan ya pak, cara mengecek 5 benar dalam minum obat (perawat mencontohkan)

d. Redemonstrasi

Coba bapak ulangi kembali yang sudah bruder contohkan

4. Tahap terminasi

a. Evaluasi subjektif

Bagaimana pak perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang obat yang bapak minum dan 5 cara minum obat?

b. Evaluasi objektif

Coba bapak ulangi lagi 5 benar cara minum obat?

c. Rencana tindak lanjut

Kegiatannya sudah selesai pak, tetapi bapak jangan lupa untuk meminum obatnya pada pukul 6 pagi dan 6 sore tetapi jangan sampai tidak diminum obatnya. Jadi harus di minum obatnya ya pak?

d. Rencana yang akan datang

Besok kita bertemu lagi ya pak, untuk membahas cara yang ketiga dalam mengontrol halusinasi yaitu dengan menghardik. Bapak besok mau jam berapa? Bagaimana jika jam 10 pagi? Tempatnya disini saja ya pak, bagaimana?

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan  
SP 1 Resiko Perilaku Kekerasan

---

Nama Pasien : Tn. A  
Pertemuan : 1  
Hari/Tanggal : Rabu, 23 Januari 2020  
Alamat : Ruang Belimbing RSKD Duren Sawit

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi pasien

Data Subjektif:

- Klien mengatakan ingat istrinya dan pasien kesal
- Klien mengatakan jika sekarang ada orang yang memukul dia duluan akan dia balas

Data Objektif:

- Klien tampak berbicara keras
- Klien berbicara cepat
- Klien tampak mengepalkan tangan dan memukul meja setiap cerita masalah istrinya
- Pandangan atau tatapan mata klien tampak tajam ketika cerita masalah istrinya

2. Diagnosa keperawatan: resiko perilaku kekerasan

3. Tujuan khusus: pasien dapat mengontrol marah dengan cara tarik napas dalam dan pukul kasur bantal

4. Tindakan keperawatan: SP 1 resiko perilaku kekerasan

- Bina hubungan saling percaya
- Mengidentifikasi perilaku kekerasan
- Mengidentifikasi tanda dan gejala
- Mengidentifikasi akibat marah
- Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan tarik napas dalam dan pukul kasur bantal

## B. Strategi komunikasi

1. Tahap pra interaksi: siapkan LP, SP, askep, pasien, dan diri perawat
2. Tahap orientasi
  - a. Salam terapeutik: selamat pagi pak, masih ingat dengan saya?
  - b. Evaluasi: bagaimana perasaan bapak hari ini, apakah masih ada perasaan kesal pak?
  - c. Validasi: apa yang bapak lakukan saat marah atau untuk mengatasinya? Dan apa yang bapak rasakan setelah marah?
  - d. Kontrak
    - Topik dan tujuan: baiklah pak, hari ini kita akan berdiskusi tentang cara mengontrol rasa marah atau kesal dengan 4 cara. Hari ini bruder akan ajarkan cara pertama yaitu dengan tarik napas dalam dan pukul kasur bantal tujuannya supaya bapak dalam mengontrol rasa marah yang bapak alami tanpa menyakiti bapak sendiri atau orang di sekitar bapak. Sebelumnya apakah bapak bersedia?
    - Waktu: untuk waktunya sekitar 15 menit saja, apakah bapak setuju?
    - Tempat: untuk tempatnya disini saja ya pak, bagaimana?
3. Tahap kerja
  - a. Pengkajian
    - Dari pengamatan yang saya lihat bapak pandangan tajam, mengepalkan tangan, wajah memerah. Apakah bapak sedang kesal dan apa yang bapak rasakan saat kesal atau marah?
    - Apa yang menyebabkan bapak kesal atau marah?
    - Apa yang bapak lakukan saat bapak sedang kesal?
    - Berapa kali dalam sehari bapak marah?
    - Pada saat jam atau kondisi apa bapak marah, serta berapa lama?
    - Apa akibat dari cara marah yang bapak lakukan?
    - Apakah dengan cara yang bapak lakukan penyebab marahnya hilang?
    - Menurut bapak ada cara lain tidak untuk mengungkapkan rasa marah bapak?
    -

b. Penjelasan

Baiklah pak, dari pengkajian yang telah saya lakukan tadi kesimpulan dari saya bapak mengalami masalah yang namanya resiko perilaku kekerasan ya pak yaitu tindakan yang dapat membahayakan secara fisik terhadap diri sendiri maupun orang lain. Jadi, disini bruder punya cara untuk mengontrol marah bapak yaitu ada 4 cara tetapi hari ini kita akan membahas cara yang pertama dulu yaitu tarik napas dalam dan pukul kasur bantal untuk caranya adalah tarik napas dalam dari hidung, tahan kurang lebih sampai hitungan ketiga kemudian keluarkan lewat mulut dengan mulut seperti meniup balon atau huruf o, lakukan sampai bapak rileks atau agak tenang kemudian bapak bisa pukul kasur bantal sekuat-kuatnya dengan mengungkapkan apa yang bapak rasakan. Bagaimana pak, apakah sudah mengerti?

c. Demonstrasi

sekarang saya contohkan ya pak (perawat mencontohkan)

d. Redemonstrasi

Coba bapak sekarang lakukan seperti yang saya contohkan tadi, wah bapak hebat ya.

4. Tahap terminasi

a. Evaluasi subjektif

Bagaimana perasaannya pak setelah kita berbincang-bincang tentang cara mengontrol marah?

b. Evaluasi objektif

Coba bapak ulangi kembali cara mengontrol marah dengan cara yang bruder contohkan tadi

c. Rencana tindak lanjut

Kegiatan hari ini sudah selesai ya pak, dan jangan lupa kegiatan hari ini yang bruder ajarkan kepada bapak dilakukan saat bapak merasa kesal ya pak? Besok bruder tanyakan kepada bapak apakah cara mengontrol marahnya di lakukan apa tidak.

d. Rencana yang akan datang

Baiklah kalau begitu sampai disini dulu pak pertemuan kita hari ini, selanjutnya kita akan membahas mengontrol rasa marah dengan cara spiritual. Besok bapak mau jam berapa kita membahas cara mengontrol rasa marahnya, bagaimana jika jam 10 pagi? Untuk tempatnya sama seperti hari ini yaitu disini saja, apakah bapak setuju? Baik pak saya permisi dulu ya sampai bertemu besok pak.