



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S DENGAN GANGGUAN
SENSORI PERSEPSI: HALUSINASI PENDENGARAN
DI RUANG SUB AKUT LAKI-LAKI RUMAH SAKIT
KHUSUS DAERAH DUREN SAWIT
JAKARTA TIMUR**

**Disusun oleh:
RINI
201701082**

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



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S DENGAN GANGGUAN
SENSORI PERSEPSI: HALUSINASI PENDENGARAN
DI RUANG SUB AKUT LAKI-LAKI RUMAH SAKIT
KHUSUS DAERAH DUREN SAWIT
JAKARTA TIMUR**

**Disusun oleh:
RINI
201701082**

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

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rini

NIM : 201701082

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

Menyatakan bahwa makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn.S dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran di Ruang Sub Akut Laki-laki Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Jakarta Timur” yang dilaksanakan pada tanggal 6 Januari 2020 sampai tanggal 9 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 resiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan aturan berlaku.

Bekasi, 27 Mei 2020

Yang membuat pernyataan



Rini

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn.S dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran di Ruang Sub Akut laki-laki Rumah Sakit Duren Sawit Jakarta Timur” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 27 Mei 2020

Pembimbing Makalah



Ns. Desi Pramujiwati, 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.S dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran di Ruang Sub Akut laki-laki Rumah Sakit Duren Sawit Jakarta Timur” yang disusun oleh Rini (201701082) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 08 Juni 2020.

Bekasi, 08 Juni 2020

Penguji I



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

Penguji II



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

Nama mahasiswa : Rini
NIM : 201701082
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul karya tulis : Asuhan Keperawatan pada Tn.S dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran di Ruang Sub Akut Laki-laki Rumah Sakit Duren Sawit Jakarta Timur.
Halaman : xiii + 102 halaman +1 tabel + 1 lampiran + 5 Diagram
Pembimbing : Desi Pramujiwati

ABSTRAK

Latar Belakang: Menurut Depkes (2016) dalam Maulana, et al (2019) menunjukkan bahwa prevalensi gangguan jiwa di Indonesia sebesar 1,7 permil artinya dari 1000 penduduk Indonesia, maka satu sampai dua orang diantaranya menderita gangguan jiwa. Menurut Direja dan Yosep (2011) dalam Fahmawati, Hastuti, & Wijayanti (2019) mengatakan bahwa di Rumah Sakit Jiwa Indonesia pasien dengan halusinasi pendengaran mencapai 70%, halusinasi penglihatan 20%, dan halusinasi perabaan 10%, berdasarkan hasil asuhan keperawatan yang dilakukan kepada pasien di Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit pada tanggal 2 Januari 2020-24 Januari 2020 tercatat pasien dengan diagnosa keperawatan halusinasi sebanyak 59,7%.

Tujuan Umum: Karya tulis ini bertujuan untuk memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi melalui pendekatan proses asuhan keperawatan jiwa.

Metode Penulisan: Metode dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan mengungkapkan fakta-fakta sesuai dengan data-data yang didapat.

Hasil : Berdasarkan hasil pengkajian pada pasien ditemukan faktor prediposisi dan pretisipasi, pada pengkajian status mental ditemukan data terkait halusinasi pendengaran yaitu pasien mendengar suara perempuan mengatakan “Jangan marah-marah”, muncul pada saat pasien menyendiri, muncul 3 kali sehari dengan durasi kurang lebih 1-2 menit, respon pasien yaitu tidak suka karena berisik dan sangat mengganggu serta upaya yang dilakukan untuk mengatasinya yaitu hanya diam dan terkadang menjawab suara itu. Tindakan yang dilakukan yaitu SP 1 dilakukan 1 kali pertemuan, SP 2 dilakukan 2 kali pertemuan, dan TAK sesi 1 dilakukan 1 kali pertemuan. Evaluasi yang dihasilkan tanda dan gejala berkurang seperti suara halusinasi muncul 1 kali per hari serta kemampuan dalam mengontrol halusinasi bertambah seperti pasien dapat melakukan menghardik dan mengontrol halusinasi dengan cara 5 benar minum obat.

Kesimpulan dan saran: Peran perawat dalam merawat pasien halusinasi yaitu *caregiver*, *educator*, dan kolaborator sehingga meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi.

Keyword : Menghardik, 5 benar minum obat, terapi aktivitas kelompok, dan gangguan sensoris persepsi: halusinasi pendengaran.

Daftar Pustaka : 39 (2011-2020).

Student : Rini
NIM : 201701082
Program of study : Diploma III of Nursing
Title : Nursing Care for Mr.S with Sensory Perception Disorders: Hearing Hallucinations in the Male Sub-Acute Room of East Jakarta Duren Sawit Hospital
Pages : xiii + 102 pages + 1 table + 1 attachments + 5 diagrams
Advisor : Desi Pramujiwati

ABSTRACT

Beckground: According to the Ministry of Health (2016) in Maulana, et al (2019) shows that the prevalence of mental disorders in Indonesia is 1.7 per million, meaning that of 1000 Indonesian population, then one to two people suffer from mental disorders. According to Direja and Yosep (2011) in Fahmawati, Hastuti, & Wijayanti (2019), said that in Indonesian Mental Hospital, patients with auditory hallucinations reach 70%, visual hallucinations 20%, and 10% palpation hallucinations, based on the results of nursing care performed to patients at Duren Sawit Regional Hospital on January 2, 2020-24 January 2020, there were 59.7% patients with hallucinations nursing diagnoses.

General purpose: This paper aims to gain real experience in providing nursing care to patients with hallucinations through the mental nursing care process approach.

Writing method: The method in writing this Scientific Writing uses a descriptive method that is by disclosing facts in accordance with the data obtained.

Results : Based on the results of the assessment in patients found prediposition and anticipation factors, in the assessment of mental status found data related to auditory hallucinations that is the patient heard a female voice saying "Don't get angry", appears when the patient is alone, appears 3 times a day with a duration of approximately 1-2 minutes, the patient's response is disliking because it is noisy and very disturbing and the efforts made to overcome it are only silent and sometimes answer the voice. The actions taken were SP 1 conducted 1 meeting, SP 2 conducted 2 meeting, and TAK session 1 conducted 1 meeting. The evaluation that results in reduced signs and symptoms such as hallucinations appears 1 time per day and the ability to control hallucinations increases as patients can rebuke and control hallucinations by taking medication correctly.

Conclusions and recommendations: The role of nurses in treating hallucinatory patients namely caregivers, educators, and collectors thereby increasing the patient's ability to control hallucinations.

Keyword : Distraction technique by expelling, 5 right drug, activity group therapy, and sensory perception disorders: auditory hallucinations.

Bibliography : 39 (2011-2020).

KATA PENGANTAR

Puji Syukur saya panjatkan kepada Tuhan yang Maha Esa yang telah memberikan berkat serta kekuatan kepada saya, sehingga saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn.S dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran di Ruang Sub Akut Laki-laki Rumah Sakit Duren Sawit Jakarta Timur”.

Karya tulis ilmiah ini telah saya tulis dengan semaksimal mungkin penulisan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga dapat memperlancar penulisan karya tulis ilmiah ini. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dengan rasa hormat kepada:

1. Ns. Desi Pramujiwati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J selaku dosen pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah sekaligus dosen penguji II yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk membimbing dan memberikan masukan kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan sebaik-baiknya.
2. Ns. Renta Sianturi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J selaku dosen penguji I.
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.M.B selaku ketua program studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga.
5. Ns. Anung Ahadi Pradana, M.Kep selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan motivasi, semangat dan kritik yang sangat membangun untuk penulis selama menuntut ilmu di STIKes Mitra Keluarga dan dalam penulisan makalah ini.
6. Seluruh staf akademik dan non akademik STIKes Mitra Keluarga yang telah menyediakan fasilitas dan bantuan dalam bentuk apapun demi kelancaran penulisan karya tulis ilmiah ini.
7. Pasien yaitu Tn.S yang telah bersedia untuk bekerjasama dengan penulis dalam memberikan informasi selama proses keperawatan berlangsung.

8. Ibunda Sunoi, abang Suwardi, kakak Susanti, abang Swandi, kakak Susilawati, kakak Jeni, kakak Ana, abang Riyandi, keponakan Putri, Citra, Anggun, Arben, Gita dan Keyza Juwandi serta Suster Donata dan kakak Dora yang selalu hadir untuk memberi motivasi dan doa untuk penulis.
9. Sahabat seperjuangan : Emmia agnes, Sepyani, Siti kodijah, dan Sabila yang senantiasa memberikan support serta motivasi kepada penulis selama pembuatan karya tulis ilmiah ini.
10. Melania Mela, Pradita Aprilia Sari, Anita Dwi Hutami, Kresensia Herliantini, Ananda Rizqi Sutato, Rosida, serta kakak-kakak Kalimantan Barat yang selalu memberikan motivasi bagi penulis selama perkuliahan dan penulisan karya tulis ilmiah ini.
11. Sahabat tercinta : Aster Mika Ria, Sisilia Novianti Dewi, Paula Meiyani, Diana Fransiska, Verena Rara kuputri, Lili suryatiningsih, Julius martono, Yuda, Raju, Aristo, Yanti, dan Apra.
12. Teman-teman KTI keperawatan Jiwa dan teman-teman angkatan 7 program studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga yang saling memberikan dukungan dan berjuang bersama dalam menyelesaikan pendidikan di STIKes Mita Keluarga.
13. Semua pihak yang tidak mungkin penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis.

Terlepas dari semua itu, penulis menyadari bahwa masih ada kekurangan baik dari segi isi maupun penulis dalam karya tulis ilmiah ini. Oleh karena itu, dengan kebesaran hati penulis mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan karya tulis ilmiah. Akhir kata penulis berharap semoga karya tulis ilmiah “Asuhan Keperawatan pada Tn.S dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran di Ruang Subakut Laki-laki Rumah Sakit Duren Sawit Jakarta Timur” ini dapat memberikan manfaat inspirasi terhadap pembaca.

Bekasi, 1 Januari 2020

Penulis

DAFTAR ISI

COVER DALAM.....	i
SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR DIAGRAM	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	6
C. Ruang lingkup	6
D. Metode Penulisan.....	6
E. Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN TEORI.....	8
A. Konsep Skizofrenia	8
1. Pengertian Skizofrenia	8
2. Etiologi	11
3. Patofisiologi Skizofrenia	14
4. Tanda dan Gejala Skizofrenia	16
5. Penatalaksanaan Skizofrenia	17
B. Konsep Halusinasi	20
1. Definisi Halusinasi	20
2. Etiologi Halusinasi	21
3. Rentang Respon Halusinasi.....	22

4. Tanda dan gejala halusinasi.....	23
5. Klasifikasi Halusinasi.....	24
6. Fase Halusinasi.....	25
C. Konsep Asuhan Keperawatan.....	29
1. Pengkajian Keperawatan.....	29
2. Diagnosa Keperawatan.....	30
3. Perencanaan Keperawatan.....	31
4. Implementasi Keperawatan.....	38
5. Evaluasi Keperawatan.....	41
BAB III TINJAUAN KASUS.....	43
A. Pengkajian Keperawatan.....	43
B. Diagnosa keperawatan	66
B. Perencanaan keperawatan	66
C. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	72
BAB IV PEMBAHASAN	84
A. Konsep Medik.....	84
B. Asuhan Keperawatan	86
1. Pengkajian	86
2. Diagnosa Keperawatan.....	88
3. Perencanaan keperawatan.....	89
4. Implementasi Keperawatan	92
5. Evaluasi Keperawatan	93
BAB V PENUTUP.....	96
A. Kesimpulan	96
B. Saran	97
DAFTAR PUSTAKA.....	98
LAMPIRAN.....	102

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data.....	55
-----------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SP Pasien (1 dan 2).....	102
-------------------------------------	-----

DAFTAR DIAGRAM

Diagram 2.1 Patofisiologi skizfrenia.....	15
Diagram 2.2 Rentang respon gangguan sensori persepsi: halusinasi.....	22
Diagram 2.3 Pohon masalah.....	31
Diagram 3.1 Genogram Keluarga Tn.S.....	46
Diagram 3.2 Pohon Masalah Pada Tn.S.....	66

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Manusia menjalani kehidupan tak luput dari berbagai permasalahan, baik menyenangkan maupun menyakitkan. Salah satu permasalahan kehidupan yang menyakitkan adalah proses kehilangan. Menurut Potter & Perry (2005) dalam Kandar & Indah (2019) mengatakan bahwa kehilangan adalah keadaan seseorang mengalami perpisahan dengan yang sebelumnya ada menjadi tidak ada. Kematian orang yang dicintai dan bermakna dalam kehidupan individu akan menimbulkan kehilangan bagi orang yang mencintainya. Hal ini dikarenakan hilangnya keintiman, intensitas, ketergantungan, dan ikatan atau jalinan yang ada yang akibatnya dapat menimbulkan dampak buruk seperti depresi, tidak mampu menerima pola kehidupan yang normal, gagal untuk menyusun kembali kehidupan setelah kehilangan, gagal untuk mengembangkan hubungan/minat-minat baru, serta menarik diri (Nurhalimah, 2018).

Kehilangan juga mempengaruhi proses psikologis atau kejiwaan seseorang. Hal ini dikarenakan kehilangan memiliki tahapan proses kehilangan yaitu penyangkalan (*denial*), marah (*anger*), penawaran (*bergaining*), depresi (*depression*), dan penerimaan (*acceptance*) (Yusuf, Fitriyarsi, & Endang, 2015). Menurut Rinawati & Moh (2016) mengatakan bahwa kehilangan termasuk kedalam faktor penyebab gangguan jiwa yaitu untuk faktor predisposisi mencapai 7,6% atau setara dengan 13 pasien dari 46 pasien dan faktor pretisipitasi mencapai 4,4% atau setara dengan 2 pasien dari 46 pasien. Sedangkan menurut Restiana & Fani (2016) mengatakan bahwa faktor pretisipitasi yang paling banyak menjadi pencetus gangguan jiwa adalah kehilangan orang yang berarti yaitu mencapai 42% atau setara dengan 10 pasien dari 24 pasien. Setiap individu akan melalui setiap tahapan kehilangan, tetapi cepat atau lamanya seseorang melaluinya bergantung

pada coping individu dan sistem dukungan sosial yang tersedia, bahkan stagnasi pada satu fase marah atau depresi (Yusuf, Fitryasari, & Endang, 2015). Jika individu tetap berada di satu tahap dalam waktu yang sangat lama bahkan bertahun-tahun dan tidak mencapai tahap penerimaan, disitulah awal terjadinya gangguan jiwa. Menurut Restiana & Fani (2016) mengatakan bahwa kehilangan juga dapat menyebabkan seseorang mengalami gangguan jiwa. Hal itu dikarenakan kehilangan orang yang berarti menimbulkan kesedihan dan kesepian sehingga ia merasa bahwa dirinya tidak berarti lagi, dengan adanya perasaan tersebut pasien menjadi pasif dan tidak mampu menghadapi masalah. Selain itu, seseorang yang mengalami kehilangan orang yang berarti sering kali mengalami penganiayaan dari orang sekitarnya. Penganiayaan dilakukan karena posisi orang yang mengalami kehilangan berada pada posisi lemah dan itu merupakan permasalahan kehidupan yang menyakitkan dimana hal itu adalah suatu kekerasan baik itu sebagai korban, perilaku, maupun saksi. Kekerasan atau aniaya dapat berupa aniaya fisik maupun psikologis.

Dianiaya adalah korban dari penganiaya. Korban adalah seorang yang mengalami penderitaan fisik, mental atau kerugian ekonomi yang diakibatkan oleh suatu tindak pidana (Umar & Irda, 2017). Menurut Hidayat (2012) mengatakan bahwa menjadi korban aniaya fisik dapat menjadi faktor penyebab gangguan jiwa yaitu sebanyak 64,7% atau setara dengan 24 orang dari 34 orang, sedangkan menurut Rinawati & Moh (2016) mengatakan bahwa konflik dalam teman atau keluarga termasuk kedalam faktor penyebab gangguan jiwa yaitu untuk faktor prediposisi mencapai 13,4% atau setara dengan 23 pasien dari 46 pasien dan faktor presipitasi mencapai 37% atau setara dengan 17 pasien dari 46 pasien. Konflik yang tidak terselesaikan dengan teman atau keluarga akan memicu seseorang mengalami stresor berlebihan namun mekanisme copingnya buruk, maka akan membuat pasien mengalami gangguan jiwa.

Gangguan jiwa adalah manifestasi dari bentuk penyimpangan perilaku akibat adanya distorsi emosi sehingga ditemukan ketidakwajaran dalam bertingkah laku. Gangguan jiwa adalah gangguan otak yang ditandai oleh terganggunya emosi, proses berpikir, perilaku, dan persepsi (Sutejo, 2017). Menurut WHO (2016) menyatakan bahwa terdapat sekitar 35 juta orang yang mengalami depresi, 60 juta orang dengan gangguan bipolar, 21 juta orang dengan skizofrenia, dan 4,5 juta orang dengan demensia di dunia (Elshint.com, 2018). Menurut Riskesdas (2018) menyatakan bahwa prevalensi gangguan mental emosional mencapai 9,8% dari jumlah penduduk Indonesia. Menurut Depkes (2016) dalam Maulana, et al., (2019) menunjukkan bahwa prevalensi gangguan jiwa di Indonesia sebesar 1,7 permil artinya dari 1000 penduduk Indonesia, maka satu sampai dua orang diantaranya menderita gangguan jiwa. Gangguan jiwa terdiri dari gangguan jiwa mental emosional dan gangguan jiwa berat.

Gangguan mental emosional adalah gangguan yang dapat dialami semua orang pada keadaan tertentu, tetapi dapat pulih seperti semula. Gangguan ini dapat berlanjut menjadi gangguan yang lebih serius apabila tidak berhasil ditanggulangi. Sedangkan gangguan jiwa berat adalah gangguan yang ditandai oleh terganggunya ketidakmampuan menilai realitas atau tilikan (*insight*) yang buruk. Gejala yang menyertai gangguan jiwa berat ini antara lain berupa halusinasi, ilusi, waham, gangguan proses pikir, kemampuan berpikir, serta tingkah laku aneh, misalnya agresivitas atau katatonik. Gangguan jiwa berat dikenal dengan sebutan psikosis dan salah satu contoh psikosis adalah skizofrenia (Riskesdas, 2013).

Skizofrenia adalah bentuk psikosis fungsional paling berat dan menimbulkan disorganisasi personalitas yang terbesar. Dalam kasus berat, pasien tidak mempunyai kontak dengan realitas, sehingga pemikiran dan perilakunya abnormal. Perjalanan penyakit ini secara bertahap akan menuju ke arah kronisitas, tetapi sekali-kali bisa timbul serangan (Sutejo, 2017). Menurut WHO (2018) mengatakan bahwa penderita skizofrenia telah

mencapai 21 juta orang didunia (Mustajab, 2020). Menurut Riskesdas (2018) menunjukkan bahwa data penduduk di Indonesia yang mengalami skizofrenia yaitu 67%, dimana kota paling tertinggi yaitu Bali 11,1% diikuti kota Yogyakarta 10,4% kemudian diikuti kota Nusa tenggara Barat 9,6%, khususnya untuk provinsi Jawa Barat yaitu 5% atau sama dengan 13 juta orang, dan prevalensi gangguan jiwa pada daerah DKI Jakarta mencapai 6,6 %. Skizofrenia terbagi dalam dua kategori utama yaitu gejala negatif dan positif. Menurut Bayu, Saswati, & Sutinah (2018) mengatakan bahwa gejala negatif atau gejala samar yaitu seperti afek datar, tidak memiliki kemampuan, dan menarik diri dari masyarakat atau rasa tidak nyaman. Gejala yang negatif sering kali menetap sepanjang waktu dan menjadi penghambat utama pemulihan dan perbaikan fungsi dalam kehidupan sehari-hari pasien, sedangkan gejala positif atau gejala nyata yaitu gejala yang mencakup waham, disorientasi pikiran, bicara dan perilaku yang tidak teratur, serta halusinasi.

Halusinasi adalah gangguan sensori persepsi dimana pasien merasakan sensori palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghidungan (Bayu, Saswati, & Sutinah, 2018). Menurut Keliat dan Akemat, 2007; Stuart, Keliat, dan Pasaribu (2017) dalam Keliat (2020) mengatakan bahwa halusinasi disebabkan oleh kurang tidur, isolasi sosial dan mengurung diri. Menurut Direja dan Yosep (2011) dalam Fahmawati, Hastuti, & Wijayanti (2019) mengatakan bahwa di Rumah Sakit Jiwa Indonesia pasien dengan halusinasi pendengaran mencapai 70%, halusinasi penglihatan 20%, dan halusinasi perabaan 10%. Berdasarkan data hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan oleh mahasiswa DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga di Rumah Sakit Khusus Duren Sawit, dari 67 kasus kelolahan selama 4 minggu yang di mulai 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%.

Pasien dengan halusinasi memerlukan penanganan yang kompherensif dan holistik dari tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan yang mengelola pasien 24 jam adalah perawat, sehingga sangat dibutuhkan peran perawat dalam mengatasi masalah halusinasi. Menurut Ali (2003) dalam Mumu, Tamunu, & Makausi (2017) mengatakan bahwa peran perawat merupakan peran yang diharapkan oleh orang lain untuk berproses dalam sistem sebagai pemberi asuhan keperawatan (*care giver*), pendidik (*educator*), dan kolabolator. Peran perawat sebagai *care giver* merupakan peran dalam memberikan asuhan keperawatan dengan pendekatan pemecahan masalah sesuai dengan metode dan proses keperawatan (pengkajian, diagnosa, tindakan, implementasi dan evaluasi) yang dilakukan secara holistik untuk memenuhi kebutuhan biologis, psikologis, dan sosial budaya (Gobel:Mulyadi & Malara, 2016). Menurut Blais et al (2007) dalam Andini, Sabrian, & Annis (2018) mengatakan bahwa perawat sebagai pendidik (*educator*) memiliki tanggung jawab untuk mengajar pasien. Peran sebagai kolaborator yang dilaksanakan dengan cara bekerjasama dengan dokter maupun dengan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan tujuan mencapai kesembuhan pasien (Anggarawati & Sari, 2016).

Data diatas menunjukkan bahwa peran perawat sangat dibutuhkan untuk menangani masalah gangguan jiwa khususnya gangguan sensori persepsi: halusinasi, melalui asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat, diharapkan pasien dapat menurunkan dampak lebih lanjut yang dapat diakibatkan oleh halusinasi terhadap kehidupan pasien, oleh karena itu, sebagai calon perawat, penulis perlu untuk membahas lebih lanjut tentang “Asuhan Keperawatan pada Tn.S dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran di Ruang Sub Akut Laki-laki Rumah Sakit Duren Sawit Jakarta Timur”.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Diperolehnya pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran melalui pendekatan proses asuhan keperawatan jiwa.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.
- b. Menentukan masalah keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi: halusinasi pendengaran.
- c. Merencanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.
- d. Melakukan tindakan keperawatan pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.
- e. Melakukan evaluasi pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik.
- g. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

C. Ruang lingkup

Penulisan karya tulis ilmiah ini merupakan pembahasan pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran di Ruang Duku Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Jakarta Timur yang dilaksanakan pada tanggal 2-11 Januari 2020.

D. Metode Penulisan

Dalam menulis karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif yaitu dengan mendeskripsikan asuhan keperawatan yang telah diberikan oleh penulis pada pasien dengan gangguan sensori persepsi:

halusinasi pendengaran. Berikut adalah metode yang dilakukan penulis dalam mengumpulkan data, yaitu: studi kasus dengan memberikan asuhan keperawatan berupa wawancara dan observasi pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran, studi dokumentasi dengan mengumpulkan data melalui buku yang berada di Ruang Dukuh, dan studi keperpustakaan dengan membaca dan mempelajari buku-buku yang ada mengenai gangguan sensori persepsi: halusinasi.

E. Sistematika Penulisan

Karya tulis ini terdiri dari lima bab yang disusun secara sistematis. Bab 1 pendahuluan meliputi latar belakang penulisan, tujuan penulisan, ruang lingkup penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan teori meliputi konsep skizofrenia, konsep gangguan sensori persepsi: halusinasi, dan konsep asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi. Bab III tinjauan kasus meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab IV pembahasan meliputi kesenjangan antara teori dengan kasus dimulai dari pengkajian sampai evaluasi keperawatan. Bab V penutup meliputi kesimpulan dan saran. Daftar pustaka mengenal sumber-sumber dalam pengambilan keputusan.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Skizofrenia

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, *schizien* yang memiliki “Arti terpisah/batu pecah” dan *phren* yang berarti “Jiwa”. Secara umum skizofrenia diartikan sebagai pecahnya atau ketidakserasian antara afek, kognitif, dan perilaku (Sutejo, 2017).

1. Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia adalah suatu psikosis fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni antara proses pikir, dan afek emosi. Gangguan skizofrenia juga dikarakteristikkan dengan gejala positif (delusi dan halusinasi), gejala negatif (apatis, menarik diri, penurunan daya pikir, dan penurunan daya pikir, penurunan afek), serta gangguan kognitif (memori, perhatian, pemecahan masalah, dan sosial) (Sutejo, 2017).

Skizofrenia merupakan gangguan psikiatri yang ditandai dengan disorganisasi pola pikir yang signifikan dan dimanifestasikan dengan masalah komunikasi, kognisi, serta gangguan persepsi terhadap realitas yaitu halusinasi dan waham (O'Brien, Kennedy, & Ballard, 2013). Skizofrenia adalah sekelompok gangguan psikotik dengan distorsi khas proses pikir, kadang-kadang mempunyai perasaan bahwa dirinya sedang dikendalikan oleh kekuatan dari luar dirinya, waham yang kadang-kadang aneh, gangguan persepsi, afek abnormal yang terpadu dengan situasi nyata atau sebenarnya.

2. Klasifikasi Skizofrenia

a. Paranoid (F 20.0.)

Menurut Sutejo (2017) mengatakan bahwa skizofrenia paranoid merupakan subtype yang paling umum dimana waham dan halusinasi auditorik jelas terlihat. Gejala utamanya adalah waham kejar atau waham kebesarannya dimana individu merasa dikejar-kejar oleh pihak tertentu yang ingin mencelakainya.

1) Halusinasi dan waham harus menonjol:

Suara-suara halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi peluit, mendengung atau bunyi tawa. Halusinasi pembauan atau pengecapan rasa, atau bersifat seksual, atau lain-lain perasaan tubuh halusinasi visual mungkin ada tetapi jarang menonjol. Waham dikendalikan (*delusi of control*), dipengaruhi (*delusion of influence*), atau “passivity” (*delusion of passivity*), dan keyakinan dikejar-kejar yang beraneka ragam.

2) Gangguan afektif yaitu dorongan kehendak dan pembicaraan

3) Serta gejala katatonik secara relatif tidak menonjol.

b. Disorganisasi (hebefrenik)

Menurut Sutejo (2017) mengatakan bahwa skizofrenia disorganisasi memiliki ciri-cirinya, yaitu:

1) Memenuhi kriteria umum skizofrenia.

2) Biasanya terjadi pada usia 15-25 tahun.

3) Perilaku tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diramalkan, kecenderungan untuk selalu menyendiri, serta perilaku menunjukkan hampa tujuan dan hampa perasaan.

4) Afek tidak wajar, sering disertai cekikikan dan perasaan puas diri, senyum-senyum sendiri, tertawa, dan lain-lain.

5) Proses berpikir mengalami disorganisasi dan pembicaraan inkoheren.

c. Katatonik

Menurut Sutejo (2017) mengatakan bahwa skizofrenia katatonik merupakan gangguan psikomotor terlihat menonjol, sering kali muncul bergantian antara monilitas motorik dan aktivitas berlebihan. Satu atau lebih dari perilaku berikut ini harus mendominasi gambaran klinisnya:

- 1) Stupor: kehilangan semangat hidup dan senang diam dalam posisi kaku tertentu sambil membisu dan menatap dengan pandangan kosong.
- 2) Gaduh gelisah: tampak jelas aktivitas motorik yang tak bertujuan, dan tidak dipengaruhi oleh stimulus eksternal.
- 3) Menampilkan posisi tubuh tertentu: secara sukarela mengambil dan mempertahankan posisi tubuh tertentu yang tidak wajar atau aneh.
- 4) *Negativisme*: tampak jelas perlawanan yang tidak bermotif terhadap semua perintah seperti menolak untuk membetulkan posisi badannya, menolak untuk makan, mandi, dan lain-lain.
- 5) Rigiditas: mempertahankan posisi tubuh yang kaku untuk melawan upaya menggerakkan dirinya.
- 6) Fleksibilitas area/*waxy flexibility*: mempertahankan anggota gerak dalam tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar. Posisi pasien dapat dibentuk, namun setelah itu, ia akan senantiasa mempertahankan posisi tersebut.
- 7) Gejala-gejala lain seperti *command automatism*: lawan dari *negativisme*, yaitu mematuhi semua perintah secara otomatis dan kadang disertai dengan pengulangan kata-kata serta kalimat-kalimat.

d. Skizofrenia Residual

Menurut Sutejo (2017) mengatakan bahwa skizofrenia residual memiliki ciri-cirinya, yaitu:

- 1) Gejala negatif dari skizofrenia menonjol seperti perlambatan psikomotorik, aktivitas menurun, afek tidak wajar, dan pembicaraan inkoheren.
- 2) Ada riwayat psikotik yang jelas seperti waham dan halusinasi di masa lampau (minimal telah berlalu satu tahun) yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia.
- 3) Tidak terdapat gangguan mental organik.

e. Tak Terperinci

Pasien mempunyai halusinasi, waham, dan gejala-gejala psikosis aktif yang menonjol (misalnya: kebingungan, inkoheren) atau memenuhi kriteria skizofrenia tetapi tidak dapat digolongkan pada tipe paranoid, katatonik, hebefrenik, dan residual (Elvira & Hadikanto, 2014).

3. Etiologi

Menurut Sadock (2007) dalam Tumanggor (2018) mengatakan bahwa gangguan struktur dan fungsi otak ini mengacu pada beberapa teori penyebab skizofrenia, yaitu :

a. Faktor genetik

Sudah terbukti bahwa faktor genetik berperan besar terhadap kejadian skizofrenia. Kecendrungan untuk menderita skizofrenia berkaitan dengan kedekatan seseorang secara genetik. Jika melihat populasi secara umum, maka hanya ada kemungkinan 1 persen penduduk dunia yang menderita skizofrenia. Namun, untuk persentasi ini tidak berlaku untuk orang yang punya hubungan darah langsung dengan penderita

skizofrenia. Anak kembar dari orang tua penderita skizofrenia kemungkinan akan menderita sebesar 47 persen, 40 persen jika kedua orang tuanya menderita skizofrenia, sedangkan 12 persen jika salah satu orang tua menderita skizofrenia, dan sebesar 8 persen pada saudara kandung di mana orang tuanya adalah penderita skizofrenia.

b. Faktor biokimia

Salah satu hipotesis mengenai penyebab skizofrenia adalah dikarenakan aktivitas dopaminergik yang terlalu tinggi. Teori ini terkait efektivitas obat-obatan antipsikotik dalam meredam efek psikosis. Selain itu, obat-obatan yang meningkatkan kerja dopamin (misal: kokain dan amfetamin) yang bersifat psikomimetik. Oleh karena itulah teori ini masih berpegang kuat akan timbulnya skizofrenia akibat aktivitas dopaminergik yang terlalu tinggi. Namun begitu, teori dasar ini masih belum bisa memastikan apakah aktivitas terkait dopaminergik ini berkaitan dengan tingginya/hiperaktivitas/terlalu banyak reseptor dopamin, terlalu banyak pelepasan dopamin, atau kombinasi semuanya. Satu hal yang pasti, kelebihan dari dopamin pada penderita skizofrenia berkaitan erat dengan keparahan dari gejala positif yang muncul.

c. Neuropatologi

Keilmuan neuropatologi berdasarkan pada abnormalitas neurokimia otak pada korteks serebral, talamus, dan 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 pada skizofrenia. Selain itu, abnormalitas korteks prefrontal juga mengakibatkan disfungsi dorsolateral yang mengakibatkan timbulnya gejala negatif pada skizofrenia. Hal ini berhubungan dengan studi fungsi *imaging* yang menunjukkan terdapat perbedaan yang sangat signifikan antara orang yang mengalami halusinasi dan yang tidak mengalami halusinasi, yakni terkait abnormalitas pada korteks prefrontal.

e. Metabolisme otak

Studi dengan *magnetic resonance spectroscopy* menunjukkan bahwa terdapat kadar fosfomonoester dan fosfat inorganik 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 epilepsi dan abnormalitas otak kiri. Penderita skizofrenia juga menunjukkan ketidakmampuan untuk menyaring suara dan sangat sensitif terhadap suara ribut. Banyaknya suara mengakibatkan penderita sulit berkonsentrasi dan mungkin menjadi faktor terjadinya halusinasi pendengaran.

g. Disfungsi gerak mata

Penelitian menunjukkan bahwa skizofrenia menunjukkan gerakan abnormalitas mata 50-80 persen dibandingkan dengan penderita gangguan jiwa yang bukan skizofrenia.

h. Psikoneuroimunologi

Abnormalitas sistem imun tubuh dikaitkan dengan skizofrenia. Hal ini bisa dilihat dari peningkatan produksi *T-cell* interleukin dan pengurangan respon limfosit perifer. Walaupun belum ditemukan data yang valid akan infeksi yang bersifat neurotoksik yang bisa saja terjadi selama fase prenatal penderita, namun beberapa kasus menunjukkan bahwa ibu hamil yang

mengalami influenza pada saat masa infeksi virus sedang terjadi, mempunyai anak yang beresiko menderita skizofrenia.

i. *Psychoneuroendocrinology*

Studi menunjukkan bahwa uji deksanetason bersifat abnormal pada skizofrenia dibandingkan yang tidak mengalami/skizofrenia walaupun hasil valid untuk teori ini masih saja dipertanyakan.

4. Patofisiologi Skizofrenia

Menurut Veague (2009) dalam Permatasari & Gamayanti (2016) menyatakan bahwa terdapat 3 tahap dalam skizofrenia, yaitu:

a. Tahap Prodormal

Prodormal berasal dari kata Yunani prodromos, yang berarti “Sesuatu yang datang sebelum dan sinyal acara”. Dalam istilah medis, prodrom mengacu pada gejala awal dan tanda-tanda penyakit yang datang sebelum gejala khas muncul. Orang dalam tahap prodromal skizofrenia sering mengisolasi diri, banyak tinggal sendirian di kamar tidur dan berhenti menghabiskan waktu bersama keluarga atau teman. Mereka mungkin menunjukkan tanda-tanda penurunan motivasi di sekolah atau pekerjaan, kehilangan minat dalam aktivitas, dan emosi yang tidak tepat. Sampai pasien mengalami gejala psikotik, seorang dokter tidak dapat mendiagnosa skizofrenia.

b. Tahap akut

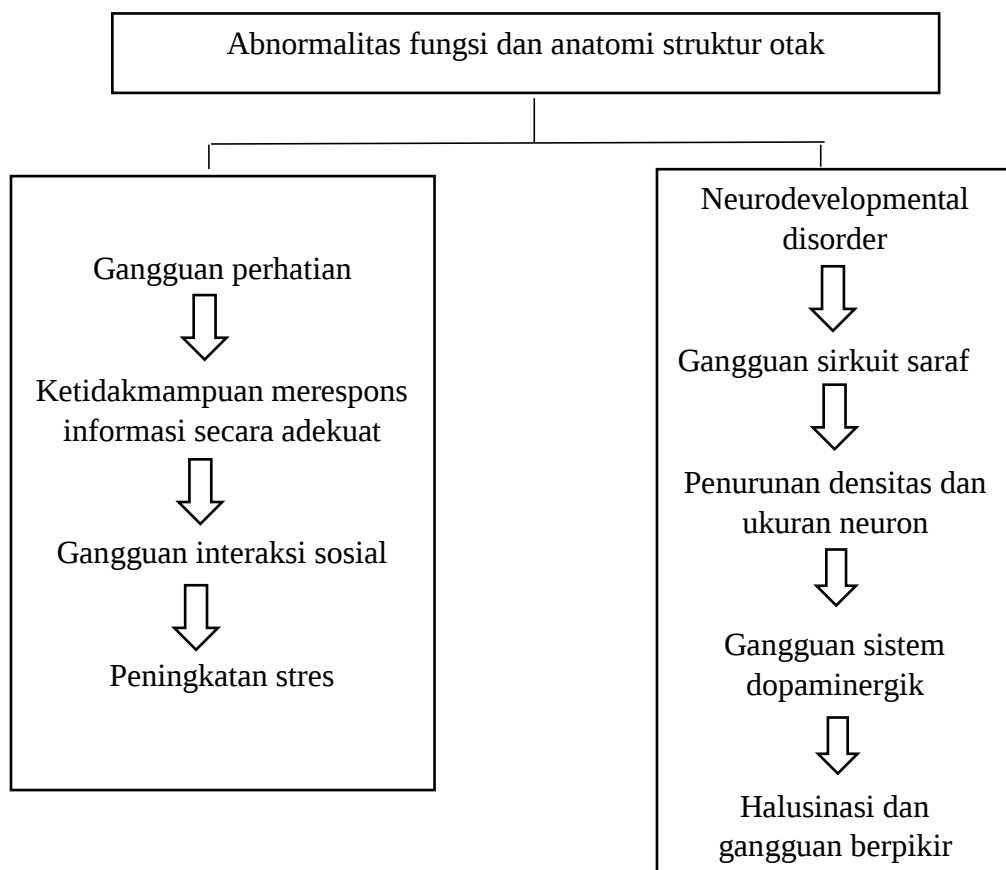
Ketika seseorang mengalami gejala psikotik seperti halusinasi, delusi, atau perilaku sangat tidak teratur, mereka dikatakan dalam tahap akut atau tahap aktif skizofrenia. Ketika pasien berada dalam fase aktif, maka muncul gejala psikotik. Pasien dalam fase aktif skizofrenia sering perlu obat antipsikotik untuk mengurangi gejala mereka. Dalam sedikit kasus, gejala dalam fase aktif dapat menghilang tanpa pengobatan.

c. Tahap sisa atau residual

Tahap akhir dari skizofrenia disebut disebut tahap residual. Fitur dari fase residual sangat mirip dengan tahap prodromal. Pasien dalam tahap ini tidak muncul psikotik tetapi mungkin mengalami beberapa gejala negatif seperti kurangnya ekspresi emosional atau energi yang rendah.

Menurut Tumanggor (2018) mengatakan bahwa walaupun sampai sekarang ini penyebab tunggal skizofrenia belum diketahui secara pasti, namun banyak ilmuwan berusaha untuk membuktikan bahwa ada hubungan yang erat antara abnormalitas struktur otak penderita dengan gejala psikotik yang muncul. Teori ini mengatakan bahwasanya tidak ada faktor tunggal yang berkorelasi dengan penyakit skizofrenia, namun banyak faktor penyebab. Bahkan, Gajman dkk (2010) dalam Tumanggor (2018) berani mengatakan bahwa skizofrenia adalah *“Complex genetic disorder”*. Ini dikarenakan kompleksitas penyakit yang tidak hanya berdasarkan pada satu faktor saja.

Diagram 2.1 Patofisiologi Skizofrenia



Walaupun begitu, tetap saja Howe dan Kapur (2009) dalam Tumanggor (2018) menyatakan bahwa dominasi dopamin hanyalah salah satu faktor di antara 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 negatif pada kasus skizofrenia. Dengan demikian, skema patofisiologi yang dipaparkan di atas hanyalah sekedar hipotesis dari para peneliti yang melakukan beberapa percobaan utamanya kepada hewan semisal tikus. Penelitian lebih lanjut sebaiknya dilakukan dimasa depan karena bisa saja serotonin juga terlibat, walaupun paparan diatas hanya menyebutkan pengaruh dopamin terhadap gejala-gejala psikotik penderita skizofrenia. Hal ini dikarenakan percobaan pada manusia baru percobaan obat-obatan antipsikotik yang sudah terbukti efektif menurunkan kerja dopaminergik, mengurangi efek halusinasi dan delusi. Itulah kenapa teori mengenai peran dopamin dalam menimbulkan skizofrenia masih menjadi teori terkuat di antara teori-teori terkait patofisiologi skizofrenia, walau penelitian terkini tetap dilakukan para ahli untuk memecahkan misteri penyakit gangguan struktur otak yang menimbulkan gangguan jiwa, seperti skizofrenia.

5. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut Bayu, Saswati, & Sutinah (2018) menyatakan bahwa tanda dan gejala skizofrenia terbagi dalam dua kategori utama, yaitu :

- a. Gejala positif atau gejala nyata, yang mencakup waham, halusinasi dan disorientasi pikiran, bicara dan perilaku yang tidak teratur.
- b. Gejala negatif atau gejala samar, seperti afek datar, tidak memiliki kemampuan, dan menarik diri dari masyarakat atau rasa tidak nyaman. Gejala negatif sering kali menetap sepanjang

waktu dan menjadi penghambat utama pemulihan dan perbaikan fungsi dalam kehidupan sehari-hari pasien.

6. Penatalaksanaan Skizofrenia

Menurut Stuart (2016) mengatakan bahwa penatalaksanaannya, yaitu:

a) Antipsikotik Atipikal

Semua obat atipikal berefek menghambat dopamin 2 (D₂) dan serotonin₂ (5-HT₂) reseptor pasca sinaptik, jadi obat atipikal bersifat sebagai antagonis DA dan 5-HT. Aripiprazole adalah antipsikotik atipikal pertama generasi baru sebagai stabilisor dopamin-serotonin. Ini adalah agonis parsial (penambah) di D₂ dan reseptor 5-HT_{1A} dan memiliki aktivitas antagonis (penghambat) pada reseptor 5-HT_{1A}.

Menurut Howland (2011) dalam Stuart (2016) mengatakan bahwa seperti antipsikotik tipikal, antipsikotik atipikal juga memperbaiki gejala positif skizofrenia namun beda dengan obat tipikal, obat golongan antipikal juga juga memperbaiki gejala-gejala negatif. Obat-obat atipikal dilaporkan penggunaannya untuk pengobatan suasana hati, sikap bermusuhan, kekerasan, perilaku bunuh diri, kesulitan bersosialisasi dan kerusakan kognitif seperti yang terlihat pada pasien skizofrenia. Berikut jenis-jenis obat antipsikotik atipikal yaitu Aripiprazole, Asanapine, Clozapine, Iloperidone, Lurasidone, Olanzapine, Paliperidone, Risperidone, Quetiapine dan Ziprasidone.

b) Antipsikotik Tipikal

Obat-obat antipsikotik tipikal sebagian besar adalah dopamin antagonis (DA). Obat ini bekerja dengan cara menghambat reseptor D₂ postsinaptik pada beberapa saluran otak, bertanggung jawab untuk menurunkan gejala-gejala positif skizofrenia, seperti halnya gejala ekstrapiramidal. Adapun jenis-

jenis obat yang termasuk obat antipsikotik tipikal yaitu *Phenothiazines*, Chlorpromazine, Thioridazine, Mesoridazine, Perphenazine, Trifluoperazine, Fluphenazine, Fluphenazine decanoates, Thioxanthene, Thiothixene, Butyrophenone, Haloperidol, Haloperidol decanoate, Diphenzoxazepine, Loxapine, Diphenylbutypiperridine, dan Pimozide.

Menurut MIMS (2015) menunjukkan bahwa obat-obatan antipsikotik dan obat anti Parkinson memiliki fungsi yang berbeda-beda. Berikut adalah daftar obat yang biasa digunakan untuk pasien dengan skizofrenia.

- 1) Clorilex, masuk ke dalam jenis obat antipsikotik atipikal dengan komposisi Clozapine. Dosis yang biasa digunakan yaitu awal 12.5 mg 1 atau 2x/hari pada hari pertama diikuti dengan 1 atau 2 tablet 25 mg pada hari kedua. Dosis dapat ditingkatkan secara perlahan dari 25-50 mg sampai 300 mg/hari dalam waktu 2-3 minggu. Selanjutnya dosis dapat ditingkatkan sampai dengan 50-100 mg tiap ½ minggu. Kisaran dosis 200-450 mg/hari, diberikan dalam dosis terbagi. Obat ini dikonsumsi melalui oral. Obat ini diindikasikan untuk pasien skizofrenia yang tidak responsif atau intoleransi dengan neuroleptik klasik. Obat ini memiliki kontra indikasi yaitu riwayat granulositopenia, dan agranulositosis, gangguan fungsi sumsum tulang, epilepsi tak terkontrol, psikosis alkoholik dan toksik lainnya, intoksikasi obat, kondisi koma, kolaps pada sirkulasi darah, depresi sistem saraf pusat, gangguan fungsi hati, gangguan fungsi ginjal berat, dan atau gagal jantung. Adapun efek samping dari obat ini yaitu granulositopenia, agranulositosis, eosinifilia, dan atau leukositosis. Lelah, mengantuk, pusing, sakit kepala, perubahan EEG; hipersalivasi, mulut kering, penglihatan kabur, gangguan berkeringat dan gangguan

pengaturan suhu tubuh, takikardi, hipotensi postural, hipertensi, kolaps, aritmia jantung, perikarditis, miokarditis, kolaps sirkulasi, depresi pernapasan atau henti nafas, mual, muntah, konstipasi, inkontinensia atau retensi urin, priapismus, nefritis interstisial akut, hipertermia jinak, hipoglikemia, dan peningkatan berat badan.

- 2) Onzapin, masuk ke dalam jenis obat antipsikotik atipikal dengan komposisi Olanzapine. Dosis yang biasa digunakan yaitu skizofrenia dengan gangguan terkait awal 10 mg/hari. Episode manik awal 15 mg sebagai dosis harian tunggal yang diberikan secara tersendiri atau 10 mg/hari untuk terapi kombinasi. Mencegah kekambuhan gangguan bipolar awal 10 mg/hari. Dosis harian dapat disesuaikan dengan selang waktu pemberian tidak kurang dari 24 jam dalam kisaran dosis 5-20 mg/hari berdasarkan status klinis. Obat ini dikonsumsi dengan cara oral. Obat ini diindikasikan untuk terapi akut dan pemeliharaan untuk skizofrenia serta psikosis lain dengan gejala-gejala positif (seperti delusi, halusinasi, gangguan berpikir, hostilitas atau bermusuhan, curiga) dan atau gejala-gejala negatif (seperti *flattered effect*, panarikan diri secara emosional dan sosial, dan kesulitan berbicara) menonjol. Mengurangi gejala-gejala afektif sekunder yang umumnya berhubungan dengan skizofrenia dan gangguan terkait. Terapi untuk episode manik sedang hingga berat dan mencegah kekambuhan gangguan bipolar. Selain itu, obat ini memiliki kontra indikasi yaitu hipersensitivitas dan diketahui mengalami glaukoma sudut samping. Adapun efek samping dari obat ini yaitu somnolen, peningkatan berat badan, eosinofilia, peningkatan kadar prolaktin, kolesterol, glukosa, trigliserida, glukosuria, peningkatan nafsu makan, pusing, akatisia, parkinsonisme, diskinesia, hipotensi ortostatik, efek antikolenergik, peningkatan enzim

transaminase hari sepintas yang asimtomatik, ruam kulit, astenia, kelelahan menyeluruh, dan edema.

- 3) Trihexipenidyl, masuk kedalam obat antiparkinson dengan komposisi Trihexyyphenidyl HCL. Dosis yang biasa diberikan yaitu awal 1-2 mg/hari, ditingkatkan menjadi 2 mg/hari dengan selang waktu 3-5 hari, dan dapat ditingkatkan hingga 6-10 mg/hari atau 12-15 mg/hari dalam 3-4 dosis terbagi hingga diperoleh efek klinis. Obat ini diindikasikan untuk tambahan terapi untuk semua bentuk parkinsonisme dan untuk pengendalian obat ekstrapiramidal yang disebabkan obat-obat yang bekerja pada sistem saraf pusat. Selain itu, obat ini memiliki kontra indikasi yaitu hipersensitivitas. Adapun efek samping dari obat ini yaitu mulut kering, mual, penglihatan kabur, pusing, cemas, konstipasi, retensi urin, takikardi, dan peningkatan TIO.

B. Konsep Halusinasi

1. Definisi Halusinasi

Menurut Stuart dan Laraia (2013) dalam Nurhalimah (2018) yang mendefinisikan halusinasi diantaranya dari panca indera tanpa adanya rangsangan (stimulus) eksternal. Halusinasi merupakan gangguan persepsi sensori dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Menurut Kusumawati Farida & Hartono Yudi (2010) dalam Kala & Dahrianis (2014) mengatakan bahwa halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Pasien memberi persepsi tentang lingkungan tanpa objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh pasien mengatakan mendengar suara padahal tidak ada orang yang berbicara. Menurut Johnson, B.S (1995) dalam Keliat (2020) mengatakan bahwa halusinasi adalah persepsi yang salah (misalnya tanpa stimulus eksternal) atau persepsi sensori yang tidak sesuai

dengan realita atau kenyataan, seperti melihat bayangan atau suara-suara yang sebenarnya tidak ada.

2. Etiologi Halusinasi

a. Faktor prediposisi

Menurut Nurhalimah (2018) mengatakan bahwa proses terjadinya halusinasi yaitu faktor prediposisi dan presipitasi.

Faktor prediposisi halusinasi terdiri dari:

1) Faktor Biologis

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

2) Faktor Psikologis

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

3) Faktor Sosial Budaya 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, pernah mengalami kegagalan dalam hubungan sosial (perceraian dan hidup sendiri), dan tidak bekerja.

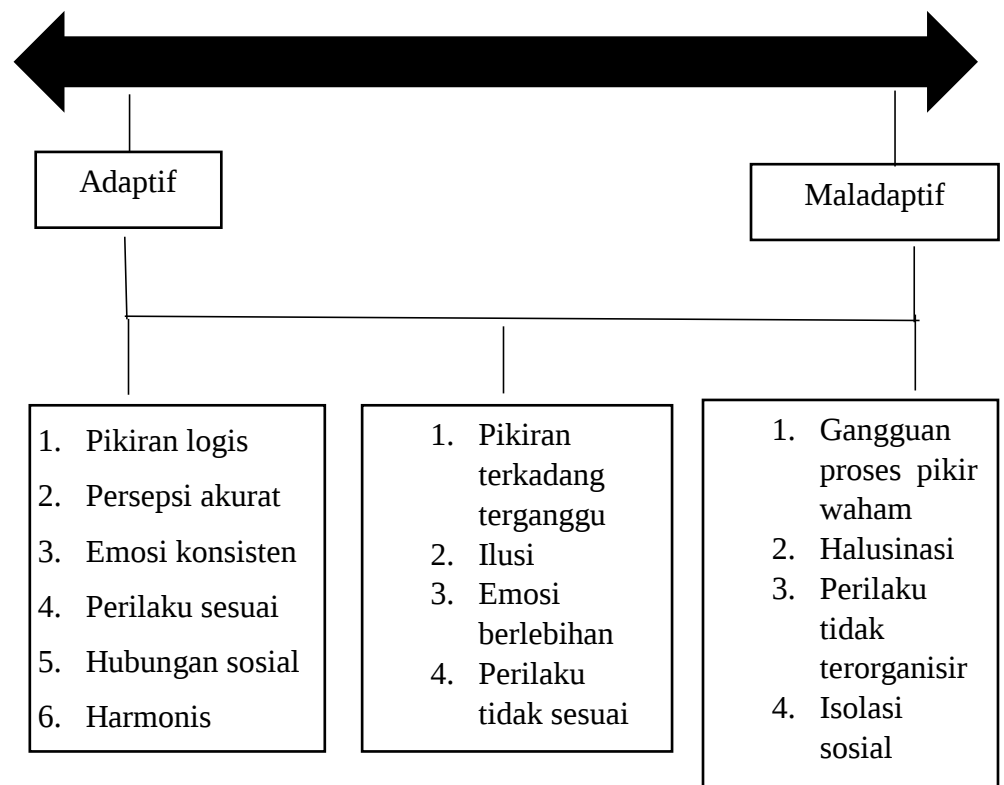
b. Faktor Presipitasi

Adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, adanya riwayat kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan-kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya

atau tuntutan dikeluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan pasien, serta konflik masyarakat.

3. Rentang Respon Halusinasi

Diagram 2.2 rentang respon halusinasi menurut Trimelia (2011) mengatakan bahwa:



Respon maladaptif:

- 1) Perubahan proses pikir dalam waham atau delusi adalah suatu bentuk kelainan pikiran (adanya ide-ide atau keyakinan yang salah).
- 2) Halusinasi adalah persepsi yang salah, meskipun tidak ada stimulus tatapi pasien merasakan.
- 3) Ketidakmampuan untuk mengalami emosi adalah terjadi karena pasien berusaha membuat jarak dengan perasaan tertentu dan hal ini akan menimbulkan kecemasan.
- 4) Perilaku tidak terorganisir atau ketidakteraturan adalah respon neurobiologis yang mengakibatkan tergantungnya

fungsi-fungsi utama dari sistem syaraf pusat, sehingga tidak ada koordinasi antara pikiran, perasaan, dan tingkah laku (kataton, meringis, stereotipik, dan avolisi).

- 5) Isolasi sosial adalah ketidakmampuan untuk menjalin hubungan, kerja sama, dan saling tergantung dengan orang lain.

4. Tanda dan gejala halusinasi

Menurut Nurhalimah (2018) mengatakan bahwa tanda dan gejala halusinasi, yaitu:

Data subjektif, pasien mengatakan:

- 1) Mendengarkan suara-suara atau kegaduhan.
- 2) Mendengarkan suara yang mengajak bercakap-cakap.
- 3) Mendengarkan suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
- 4) Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, dan melihat hantu atau monster.
- 5) Mencium bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, dan kadang-kadang bau itu menyenangkan.
- 6) Merasakan rasa seperti darah, urin, dan feses.
- 7) Merasakan takut atau senang dengan halusinasinya.

Data objektif, pasien tampak :

- 1) Bicara atau tertawa sendiri.
- 2) Marah-marah tanpa sebab.
- 3) Mengarahkan telinga ke arah tertentu.
- 4) Menutup telinga .
- 5) Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu.
- 6) Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.
- 7) Mencium sesuatu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu.
- 8) Menutup hidung.
- 9) Sering meludah.
- 10) Muntah.

11) Menggaruk-garuk permukaan kulit.

5. Klasifikasi Halusinasi

Menurut Nurhalimah (2018) mengatakan bahwa jenis halusinasi, yaitu:

1) Halusiansi Pendengaran

Data objektif yang ditemukan yaitu berbicara sendiri, marah-marah tanpa sebab, menyedengkan telinga ke arah tertentu, dan menutup telinga. Data subjektif yang ditemukan yaitu mendengarkan suara-suara atau kegaduhan, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, dan mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.

2) Halusinasi Penglihatan

Data objektif yang ditemukan yaitu menunjuk-nunjuk ke arah tertentu, ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas. Data subjektif yang ditemukan yaitu melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartoon, dan melihat hantu atau monster.

3) Halusinasi Penghidu

Data objektif yang ditemukan yaitu menghisap-hisap seperti sedang membaui bau-bauan tertentu, dan menutup hidung. Data subjektif yang ditemukan yaitu membaui bau-bauan, seperti bau darah, urin, feses, dan kadang-kadang bau itu menyenangkan.

4) Halusinasi pengecapan

Data objektif yang ditemukan yaitu sering meludah dan muntah. Data subjektif yang ditemukan yaitu merasakan rasa seperti darah urin atau feses.

5) Halusinasi Perabaan

Data objektif yang ditemukan menggaruk-garuk permukaan kulit. Data subjektif yang ditemukan yaitu mengatakan ada serangga dipermukaan kulit dan merasa seperti tersengat listrik.

6. Fase Halusinasi

1) Tahap 1: *Sleep Disorder*

Tahap ini merupakan fase awal individu sebelum muncul halusinasi.

Karakteristik: karakteristik tahap ini ditandai dengan adanya merasa banyak masalah, ingin menghindar dari orang lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit, karena berbagai stressor terakumulasi (misal: putus cinta, dikhianati kekasih, di PHK, bercerai, masalah dikampus dan lain-lain). Masalah semakin terasa menekan, support sistem kurang dan persepsi terhadap masalah salah sangat buruk, kemudian sulit tidur terus menerus sehingga terbiasa menghayal, kemudian pasien menganggap lamunan-lamunan awal tersebut sebagai upaya pemecahan masalah (Trimelia, 2011).

2) Tahap II: *comforting moderate level of anxiety*

Halusinasi bersifat menenangkan dan tingkat ansietas pasien sedang. Pada tahap ini halusinasi secara umum menyenangkan.

Karakteristik: karakteristik tahap ini ditandai dengan adanya perasaan bersalah dalam diri pasien dan timbul perasaan takut. Pada tahap ini pasien mencoba menenangkan pikiran untuk mengurangi ansietas. Individu mengetahui bahwa pikiran dan sensori yang dialaminya dapat dikendalikan dan bisa diatasi (*nonpsikotik*). Perilaku yang teramati yaitu menyeringai atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara, respon verbal yang lambat, diam, dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasyikan (Nurhalimah, 2018).

3) Tahap III: *condemning severe level of anxiety*

Halusiansi bersifat menyalahkan, pasien mengalami ansietas tingkat berat dan halusinasi bersifat menjijikan untuk pasien.

Karakteristik: pengalaman sensori yang dialami pasien bersifat menjijikan atau menakutkan, pasien yang mengalami halusinasi

mulai merasa kehilangan kendali, pasien berusaha untuk menjauhkan dirinya dari sumber yang dipersepsikan, dan pasien merasa malu karena pengalaman sensorinya dan menarik diri dari orang lain (*non psikotik*). Perilaku yang teramati yaitu peningkatan kerja susunan saraf otonom yang menunjukkan timbulnya ansietas seperti peningkatan nadi, tekanan darah dan pernafasan, kemampuan konsentrasi menyempit, dipenuhi dengan pengalaman sensori, mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan antara halusinasi, dan realita (Nurhalimah, 2018).

4) Tahap IV: *controlling severe level of anxiety*

Pada tahap ini halusinasi mulai mengendalikan perilaku pasien, dan 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, dan individu mungkin mengalami kesepian jika pengalaman tersebut berakhir (*Psikoik*). Perilaku yang teramati yaitu lebih cenderung mengikuti petunjuk yang diberikan oleh halusinasinya dari pada menolak, kesulitan berhubungan dengan orang lain, rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik, gejala fisik dari ansietas berat, seperti berkeringat, tremor, dan ketidakmampuan mengikuti petunjuk (Nurhalimah, 2018).

5) Tahap V: *conquering panic level of anxiety*

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 perintah halusinasinya. Halusinasi bisa berlangsung dalam beberapa jam atau hari apabila tidak

dintervensikan (*psikotik*). Perilaku yang teramati yaitu perilaku menyerang-teror seperti panik, sangat potensial melakukan bunuh diri atau membunuh orang lain, amuk, agitasi, menarik diri, tidak mampu berespon terhadap petunjuk yang kompleks, dan tidak mampu berespon terhadap lebih dari satu orang (Nurhalimah, 2018).

7. Mekanisme Koping

Menurut Sarafino (2006) dalam Anelia (2012) mengatakan bahwa koping adalah proses saat individu berusaha untuk mengatasi ketidaksesuaian antara tuntutan-tuntutan dengan sumber-sumber pada situasi yang *stressfull*. Menurut Koizier (2004) dalam Anelia (2012) yaitu mekanisme koping befokus pada masalah (*emotional focused coping*) dan mekanisme koping berfokus pada emosi (*emotional focused coping*), yaitu:

- a. Koping yang berfokus pada masalah (*problem focused coping*)
Problem focused coping merupakan usaha dalam mengatasi stress dengan cara mengatur atau mengubah masalah yang dihadapi dan lingkungan sekitarnya yang meyebabkan tekanan meliputi usaha untuk memperbaiki suatu situasi dengan membuat perubahan atau mengambil beberapa tindakan dan usaha segera untuk mengatasi ancaman pada dirinya. Contoh pada negoisasi, konfrontasi, dan meminta nasehat. Strategi yang dipakai *problem focused coping* ini adalah sebagai berikut:
 - 1) *Confronting coping*: usaha untuk mengubah keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang agresif, tingkat kemarahan yang cukup tinggi, dan pengambilan resiko.
 - 2) *Seeking social support*: usaha untuk mendapatkan kenyamanan emosional dan bantuan informasi dari orang lain.

3) *Planful problem solving*: usaha untuk mengubah keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang hati-hati, bertahap dan analisis.

b. Koping yang berfokus pada emosi (*emotion focused coping*)

Emotion focused coping yaitu usaha untuk mengatasi stress dengan cara mengatur respon emosional dalam rangka menyesuaikan diri dengan dampak yang akan ditimbulkan oleh situasi penuh tekanan, meliputi usaha-usaha dan gagasan yang mengurangi distress emosional. Mekanisme koping berfokus pada emosi tidak memperbaiki situasi tetapi seseorang sering merasa lebih baik. Strategi yang digunakan adalah:

- 1) *Self control*: usaha untuk mengatur perasaan ketika menghadapi situasi dengan tekanan.
- 2) *Distancing*: usaha untuk tidak terlibat dalam pemersalahan.
- 3) *Positive reappraisal*: usaha untuk mencari makna positif dari pemersalahan dengan berfokus pada pengembangan diri.
- 4) *Accepting responsibility*: usaha untuk menyadari tanggung jawab dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi dan mencoba menerimanya.
- 5) *Escape/avoidance*: usaha untuk mengatasi situasi menekan dengan lari dari situasi tersebut atau berusaha untuk menghadapinya.

Menurut Stuart dan Sundeen (1995) serta Mustikasari (2006) dalam Anelia (2012) mengatakan bahwa mekanisme koping adaptif adalah mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar, dan mencapai tujuan dimana kategorinya adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi, latihan seimbang, dan aktivitas konstruktif. Sedangkan mekanisme koping maladaptif adalah mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi,

memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi, dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah makan berlebihan/tidak makan, bekerja berlebihan, dan menghindar.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Menurut Yusuf & dkk (2015) mengatakan bahwa pengkajian untuk pasien dengan halusinasi, yaitu:

a) Faktor Prediposisi

1) Faktor Perkembangan

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

2) Faktor Sosial Budaya

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

3) Faktor Psikologis

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

4) Faktor Biologis

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

5) Faktor Genetik

Gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi umumnya ditemukan pada pasien skizofrenia. Skizofrenia ditemukan

cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami skizofrenia, serta akan lebih tinggi jika kedua orang tua skizofrenia.

b) Faktor Pretisipitasi

1) Stresor Sosial Budaya

Stres dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang yang penting, dan atau diasingkan dari kelompok dapat menimbulkan halusinasi.

2) Faktor Biokimia

Berbagai penelitian tentang dopamin, norepineptin, indolamin, serta zat halusigenik diduga berkaitan dengan gangguan orientasi realistik termasuk halusinasi.

3) Faktor Psikologis

Intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah memungkinkan berkembangnya gangguan orientasi realitas. Pasien mengembangkan koping untuk menghindari kenyataan yang tidak menyenangkan.

4) Perilaku

Perilaku yang perlu dikaji pada pasien dengan gangguan orientasi realistik berkaitan dengan perubahan proses pikir, afektif persepsi, motorik, dan sosial.

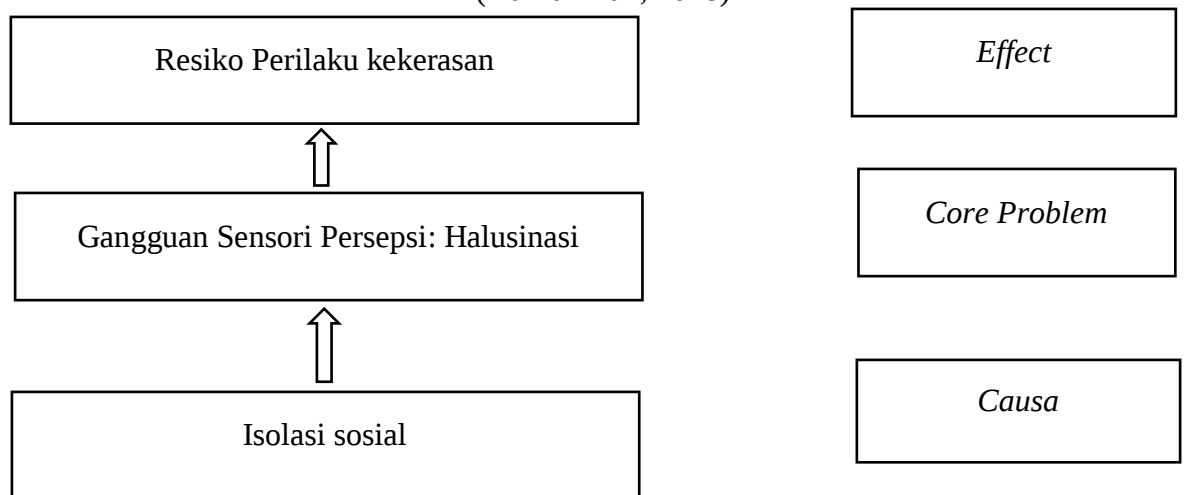
2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Carpenito (2000) dalam Simamora (2019) mengatakan bahwa diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan,

membatasi, mencegah, dan merubah. Diagnosa keperawatan memberikan dasar-dasar pemilihan intervensi untuk mencapai hasil yang menjadi tanggung gugat perawat. Adapun persyaratan dari diagnosa keperawatan adalah perumusan harus jelas dan singkat dari respon pasien terhadap situasi atau keadaan yang dihadapi, spesifik dan akurat, memberikan arahan pada asuhan keperawatan, serta mencerminkan keadaan kesehatan pasien.

Diagram 2.3 Gangguan sensori persepsi : halusinasi

(Nurhalimah, 2018)



3. Perencanaan Keperawatan

Dinarti & Mulyanti (2017) mengemukakan bahwa dalam menyusun rencana keperawatan digunakan kriteria SMART yaitu *Spesific, Measurable, Achievable, Reasonable, dan Time*. Dalam menggunakan kriteria SMART dimana *Spesific* yang diterapkan dalam menyusun rencana tindakan keperawatan berupa Strategi Pelaksanaan (SP), strategi pelaksanaan disesuaikan dengan diagnosa yang diangkat yaitu gangguan sensori persepsi: halusinasi. *Measurable* yaitu perawat dapat mengukur perkembangan pasien berdasarkan evaluasi. *Achievable* yaitu dalam setiap SP disesuaikan dengan kondisi, sikap, dan pengetahuan pasien, sehingga keberhasilan dari target yang ingin dicapai disesuaikan dengan

kondisi pasien. *Reasonable*, dimana dalam setiap tindakan keperawatan yang dilakukan memiliki sebuah rasional. *Time*, yaitu dalam setiap perencanaan perawat mencantumkan waktu spesifik untuk mencapai setiap kriteria kemampuan yang ingin dicapai.

Menurut Sutejo (2017) mengatakan bahwa perencanaan keperawatan gangguan sensori persepsi: halusinasi adalah sebagai berikut:

a. Tujuan umum

Pasien tidak mencederai diri sendiri dan orang lain.

b. Tujuan Khusus

1) TUK 1: pasien dapat membina hubungan saling percaya

Kriteria hasil yang diharapkan meliputi ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa tenang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, mau duduk berdampingan dengan perawat, dan mau mengutarakan masalah yang dihadapi. Tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi sapa pasien dengan ramah dan baik secara verbal dan non verbal, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien, jelaskan tujuan pertemuan, jujur, menepati janji, tujukan sikap empati, menerima pasien apa adanya, beri perhatian pada pasien, dan perhatikan kebutuhan dasar pasien.

2) TUK 2: pasien dapat mengenal halusinasi

Kriteria hasil yang diharapkan meliputi pasien dapat menyebutkan waktu, isi dan frekuensi timbulnya halusinasi, pasien dapat mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya. Tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi adakan sering dan singkat secara bertahap, observasi tingkah laku pasien terkait dengan halusinasinya. Bicara dan tertawa tanpa stimulus, memandang ke kiri dan ke kanan seolah-olah ada teman bicara, bantu pasien mengenal halusinasinya

dengan cara yaitu jika menemukan pasien sedang halusinasi tanyakan apakah ada suara yang didengar, jika pasien menjawab ada maka lanjutkan apa yang dikatakan, katakan bahwa perawat percaya pada pasien mendengar suara itu namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada sehabat tanpa menuduh/menghakimi), katakan pada pasien bahwa ada juga pasien lain yang sama seperti dia, katakan bahwa perawat akan membantu pasien, diskusikan dengan pasien tentang; situasi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi dan waktu serta frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore dan malam atau jika sendiri, jengkel, serta sedih), diskusikan dengan pasien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah, takut, sedih, tenang), serta beri kesempatan mengungkapkan perasaan.

3) TUK 3: pasien dapat mengontrol halusinasinya

Kriteria hasil yang diharapkan meliputi pasien dapat menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya, pasien dapat menyebutkan cara baru, pasien dapat memilih cara mengatasi halusinasi seperti yang telah didiskusikan dengan pasien, pasien dapat melakukan cara yang telah dipilih untuk mengendalikan halusinasi, dan pasien dapat mengetahui aktivitas kelompok. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan yaitu identifikasi bersama pasien tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukan diri sendiri dan lain-lain), diskusikan manfaat cara yang digunakan pasien, jika bermanfaat beri pujian, diskusikan cara baru untuk memutuskan halusinasi, mengontrol timbulnya halusinasi dengan mengatakan “Saya tidak mau dengan kamu” pada saat halusinasi muncul, menemui orang lain atau perawat, teman atau anggota keluarga yang lain untuk bercakap-cakap atau mengatakan halusinasi yang didengar, membuat jadwal sehari-

hari agar halusinasi tidak sempat muncul, dan meminta keluarga/teman/perawat, jika tampak bicara sendiri. Bantu pasien memilih cara dan melatih cara untuk memutus halusinasi secara bertahap, misalnya dengan; mengambil air wudhu dan sholat atau membaca alQur'an, membersihkan rumah dan alat-alat rumah tangga, mengikuti keanggotaan sosial di masyarakat (pengajian dan gotong royong), mengikuti kegiatan olahraga di kampung (jika masih muda) dan mencari teman untuk ngobrol. Beri kesempatan pasien untuk melakukan cara yang telah dilatih. Evaluasi hasilnya dan beri pujian jika berhasil. Anjurkan pasien untuk mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi realita dan stimulasi persepsi.

- 4) TUK 4: keluarga dapat merawat pasien di rumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif untuk pasien

Kriteria hasil yang diharapkan meliputi keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda, dan tindakan untuk mengendalikan halusinasinya, keluarga dapat menyebutkan jenis, dosis, waktu pemberian, manfaat, serta efek samping obat. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan meliputi diskusikan dengan keluarga (pada saat berkunjung atau pada saat kunjungan rumah): gejala halusinasi yang dialami pasien, cara yang dapat dilakukan pasien dan keluarga untuk memutuskan halusinasi, cara merawat anggota keluarga dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi di rumah dengan cara beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, berpergian bersama, jika pasien sedang sendiri di rumah lakukan kontak dengan dalam telepon, beri informasi tentang tindak lanjut (follow up) atau kapan perlu mendapatkan bantuan, seperti pada saat halusinasi tidak terkontrol dan resiko mencederai orang lain, diskusikan dengan keluarga tentang jenis, dosis, waktu pemberian, manfaat, efek samping

obat, serta anjurkan kepada keluarga untuk berdiskusi dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat.

5) TUK 5: pasien dapat memanfaatkan obat dengan baik

Kriteria hasil yang diharapkan meliputi pasien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis, serta efek samping obat. Pasien dapat mendemonstrasikan penggunaan obat dengan benar. Pasien mendapat informasi tentang efek samping obat. Pasien dapat memahami akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi. Pasien dapat menyebutkan prinsip 5 benar penggunaan obat. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan meliputi diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang dosis, frekuensi, serta manfaat minum obat. Anjurkan pasien minta sendiri obat pada perawat dan merasakan manfaatnya. Anjurkan pasien untuk bicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat yang dirasakan. Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter. Bantu pasien menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar dosis, benar obat, benar waktunya, benar caranya, dan benar pasiennya).

Tujuan khusus dalam perencanaan di tuangkan dalam bentuk strategi pelaksanaan (SP) yang terdiri dari :

a. SP 1: menghardik

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

- 1) Bina hubungan saling percaya.
- 2) Identifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon pasien, dan 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.

a. SP 2: minum obat

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

- 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.

b. SP 3: bercakap-cakap

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

- 1) Evaluasi tanda dan gejala halusinasi.
- 2) Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap.
- 3) Berikan contoh cara 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 dorongan terus menerus agar pasien tetap semangat meningkatkan latihannya.

c. SP4: melakukan aktivitas

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

- 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 dan memberikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif.

Terapi Aktivitas Kelompok

Menurut Keliat & Pawirowiyono (2015) mengatakan bahwa Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) terdiri dari 5 sesi, yaitu:

a) Sesi 1: mengenal halusinasi

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

- b) Sesi 2: mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
Tak sesi 2 bertujuan untuk melatih pasien 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 pasien agar mampu memahami pentingnya melakukan kegiatan untuk mencegah munculnya halusinasi dan menyusun jadwal kegiatan untuk mencegah terjadinya halusinasi.
- d) Sesi 4: mencegah halusinasi dengan bercakap-cakap
Tak sesi 4 bertujuan untuk melatih pasien agar mampu memahami pentingnya bercakap-cakap dengan orang lain untuk mencegah munculnya halusinasi.
- e) Sesi 5: mencegah halusinasi dengan minum obat
TAK sesi 5 bertujuan untuk melatih pasien agar mampu menyebutkan 5 benar minum obat, keuntungan minum obat, dan menyebutkan akibat tidak patuh minum obat.

4. Implementasi Keperawatan

Menurut Trimelia (2011) mengatakan bahwa implementasi keperawatan adalah sebagai berikut.

a. Bina hubungan saling percaya

Dalam membina hubungan saling percaya perlu dipertimbangkan bahwa pasien merasa aman dan nyaman saat berinteraksi dengan perawat. Tindakan yang harus dilakukan dalam rangka membina hubungan saling percaya adalah mengucapkan salam terapeutik setiap kali berinteraksi dengan pasien, berjabat tangan, berkenalan dengan pasien, menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini, membuat kontrak apa yang akan dilakukan bersama pasien, berapa lama akan dikerjakan dan tempatnya dimana, menjelaskan bahwa

perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi, setiap saat tunjukkan sikap empati terhadap pasien, dan penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan. Dalam membina hubungan saling percaya, perawat harus konsisten bersikap teraupetik kepada pasien. Selalu penuhi janji adalah salah satu upaya yang bisa dilakukan. Pendekatan yang konsisten akan membuahkan hasil. Bila pasien sudah percaya dengan perawat, maka asuhan keperawatan akan mudah dilaksanakan.

b. Melatih pasien mengontrol halusinasi

Untuk membantu pasien agar mampu mengontrol halusinasi, perawat dapat melatih pasien 4 cara yang sudah terbukti dapat mengendalikan halusinasi. Keempat cara tersebut, meliputi menghardik halusinasi dimana menghardik halusinasi merupakan upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul, sehingga halusinasi tersebut terputus. Pasien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memperdulikan halusinasinya. Kalau ini dapat dilakukan, pasien akan mampu mengendalikan diri dan tidak mengikuti halusinasi yang muncul. Mungkin halusinasi tetap ada namun dengan kemampuan ini pasien tidak akan larut untuk menuruti apa yang ada dalam halusinasinya. Tahapan tindakan meliputi menjelaskan tujuan menghardik halusinasi, menjelaskan cara menghardik halusinasi, mempersiapkan cara menghardik, meminta pasien memperagakan ulang, memantau penerapan cara ini, dan menguatkan perilaku pasien.

c. Bercakap-cakap dengan orang lain

Untuk mengontrol halusinasi dapat juga dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Ketika pasien bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi, fokus perhatian pasien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain tersebut, sehingga halusinasi yang muncul akan terputus dan juga dicegah untuk tidak muncul lagi. Sehingga salah satu cara yang

efekif untuk mengontrol halusinasi adalah bercakap-cakap dengan orang lain yang meliputi menjelaskan tujuan menemui orang lain dan bercakap-cakap, menjelaskan cara menemui orang lain dan bercakap-cakap, meminta pasien memperagakan ulang dan memantau penerapan cara ini, serta menguatkan perilaku pasien.

d. Melakukan aktivitas yang terjadwal

Untuk mengurangi resiko halusinasi muncul lagi adalah dengan menyibukkan diri dengan aktivitas yang teratur, karena aktivitas yang teratur akan mencegah munculnya halusinasi. Dengan aktivitas secara terjadwal, pasien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang seringkali mencetuskan halusinasi. Untuk itu pasien yang mengalami halusinasi bisa dibantu untuk mengatasi halusinasinya dengan cara beraktivitas secara teratur dari bangun pagi sampai tidur malam, tujuh hari dalam seminggu. Tahapan tindakannya yaitu menjelaskan aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien, melatih pasien melakukan aktivitas, menyusun jadwal kegiatan sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih. Upayakan pasien mempunyai aktivitas dari bangun pagi sampai tidur malam, lakukan 7 hari dalam seminggu, membantu pelaksanaan jadwal kegiatan dan memberikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif.

e. Menggunakan obat secara teratur

Untuk mampu mengontrol halusinasi, pasien juga harus dilatih untuk menggunakan obat secara teratur sesuai program. Pasien gangguan jiwa yang dirawat di rumah seringkali mengalami putus obat sehingga akibatnya pasien mengalami kekambuhan. Bila kekambuhan terjadi maka untuk mencapai kondisi seperti semula akan lebih sulit. Untuk itu pasien dilatih menggunakan obat sesuai program dan berkelanjutan. Adapun tindakan yang dapat dilakukan yaitu menjelaskan guna obat, menjelaskan akibat bila putus obat, menjelaskan cara mendapat obat, dan menjelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar

pasien, benar cara, benar waktu, dan benar dosis). Untuk memudahkan pelaksanaan tindakan keperawatan, maka perawat perlu membuat strategi pelaksanaan tindakan untuk pasien dan keluarganya.

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Allender dan Spradley (2001) dalam Astuti (2014) mengungkapkan bahwa evaluasi keperawatan adalah membandingkan data yang terkumpul dengan tujuan dan pencapaian tujuan atau kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria hasil dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilan. Menurut Fiedman, Bowden & Jones (2003) dalam Astuti (2014) mengatakan bahwa evaluasi dapat dilihat dengan tidak berhasil, kurang, atau berhasil dalam setiap implementasi yang dilakukan sehingga jika terdapat implementasi yang tidak atau berhasil perlu rencana keperawatan yang baru. Pada tahap evaluasi yang dilakukan meliputi evaluasi formatif dengan menilai hasil implementasi secara bertahap sesuai dengan kegiatan yang dilakukan secara kontak pelaksanaan atau evaluasi SOAP, sedangkan evaluasi sumatif dengan menilai secara keseluruhan terhadap pencapaian diagnosa keperawatan rencana yang dilanjutkan, diteruskan, sebagian, diteruskan dengan perubahan intervensi atau dihentikan, dan menilai tingkat kemandirian keluarga.

Menurut Nurhalimah (2018) mengatakan bahwa evaluasi tindakan keperawatan yang sudah dilakukan untuk peran gangguan sensori persepsi: halusinasi adalah sebagai berikut.

- a. Mengungkapkan isi halusinasi yang dialaminya.
- b. Menjelaskan waktu dan frekuensi halusinasi yang dialami.
- c. Menjelaskan situasi yang mencetuskan halusinasi.
- d. Menjelaskan perasaannya ketika mengalami halusinasi.
- e. Menerapkan 4 cara mengontrol halusinasi:
 - 1) Menghardik halusinasi.

- 2) Mematuhi program pengobatan.
 - 3) Bercakap dengan orang lain di sekitarnya bila timbul halusinasi.
 - 4) 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.
- f. Menilai manfaat cara mengontrol halusinasi dalam mengendalikan halusinasi.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

Perawat melakukan pengkajian kepada pasien ada tanggal 6 Januari 2020 di Ruang Dukuh RSKD Duren Sawit Jakarta Timur. Perawat mendapatkan informasi dari pasien dan rekam medis melalui wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik.

1. Identitas Pasien

Pasien Tn. S berusia 30 tahun, status perkawinan belum menikah, beragama Islam, suku bangsa Jawa, dan pendidikan terakhir SMK (lulus SMK).

2. Alasan Masuk

Pasien Tn. S datang ke UGD pada tanggal 5 Januari 2020 pukul 14:30 WIB dengan keluhan pasien tampak gelisah, gaduh, marah-marah, dan bicara sendiri. Pasien juga mengatakan abang ketiga dan ibu pasien suka iri serta keras kepala. Pasien mengatakan ibu pasien sering menceritakan pasien dengan tetangga pasien sehingga pasien merasa kesal. Pasien mengatakan curiga pada tetangga pasien menganggap mereka ingin melukai pasien sehingga pasien melempari pagar rumah tetangga pasien dengan batu. Pasien mengatakan mendengar suara-suara yang tidak jelas sehingga pasien marah dan berkata kasar dengan ibunya. Pada tanggal 5 Januari 2020 pukul 18.00 WIB, pasien dibawa keruang sub akut laki-laki (ruang Dukuh) dengan keluhan pasien marah-marah, gaduh, gelisah, dan berbicara sendiri.

3. Faktor Prediposisi

a. Biologis

Lima tahun lalu pasien pernah berobat ke psikiatri namun tidak mendapatkan obat. Pasien mengatakan keluarganya tidak memiliki riwayat gangguan jiwa.

b. Psikologis

Pasien mengatakan pada usia 27 tahun pasien pernah mengalami aniaya fisik dari abang ketiganya yaitu memukul pasien dikarenakan pasien berkata kasar dengan ibu pasien. Namun pasien hanya diam dan tidak melawan abang ketiganya itu. Hal itu terjadi kerana pasien menganggap ibunya sering iri, keras kepala, sering mengatakan pasien tidak punya otak, tidak normal, dan susah diatur. Terlabih lagi bila pasien mengingat dari kecil pasien sering dibandingkan oleh ibunya dengan anak orang lain bahwa pasien susah diatur tidak seperti anak orang lain. Pasien mengatakan tidak pernah mengalami aniaya seksual namun pernah mengalami penolakan dari pacar pasien yaitu pada saat pasien berusia 24 tahun. Pasien mengatakan pacar pasien meninggalkan pasien karena pacarnya sudah punya calon suaminya yang sudah mapan dan punya banyak uang dibanding pasien yang hanya sehari mendapat gaji Rp.50.000. Pasien mengatakan tidak pernah mengalami tindakan kriminal, pelaku tindakan kriminal, dan atau saksi tindakan kriminal. Pada saat pasien berusia 25 tahun pasien mengatakan ayah pasien meninggal. Pada saat itu pasien sangat sedih dan merasa kehilangan karena ayah pasien adalah orang yang berarti dalam hidup pasien, serta menurut pasien ayahnya sangat baik dengan pasien.

c. Sosialkultural

Pasien juga mengatakan bahwa dirinya untuk makan saja susah bagaimana mau nikah. Sejak saat itu pasien tidak ingin berpacaran lagi dan tidak ingin menikah. Pasien mengatakan semenjak ayahnya meninggal kehidupan ekonomi keluarganya semakin tidak baik.

Pasien mengatakan keluarga pasien untuk mencari makan saja susah.

Masalah keperawatan: resiko perilaku kekerasan, isolasi sosial, harga diri rendah kronik, dan koping individu tidak efektif.

4. Faktor Presipitasi

a. Biologis

Pasien mengatakan tidak memiliki trauma kepala selama 6 bulan terakhir. Pasien mengatakan pernah berobat ke psikiatri namun tidak mendapatkan obat. Pasien mengatakan pada tanggal 25 Desember 2019 pernah mendengar suara-suara yang mengatakan “Kamu tidak normal”.

b. Psikologis

Pasien mengatakan pada bulan Juni 2019, pasien pernah mendengar ibu pasien iri pada orang lain dimana pasien mendengar ibunya mengatakan “Kehidupan keluarga saya tidak seperti orang lain yang punya banyak uang”. Pada saat itu pasien mengatakan merasa malu. Pada bulan Juni 2019, pasien mendapat ancaman dari teman abang ketiga pasien dimana pasien hanya diam dan tidak berani melawan.

c. Sosialkultural

Pada bulan Juni sampai bulan September 2019, pasien dituntut dan diancam oleh keluarga untuk menghasilkan uang dengan kata-kata kasar.

Masalah keperawatan: gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran, resiko perilaku kekerasan, dan harga diri rendah kronik.

5. Pemeriksaan Fisik

Saat dilakukan pemeriksaan fisik, didapatkan hasil tekanan darah 120/90 mmHg, nadi 98 x/menit, frekuensi pernapasan 20 x/menit, suhu

tubuh 36°C, tinggi badan 162 cm, berat badan 50 kg, dan indeks massa tubuh 19,1 (normal).

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan.

6. Psikososial

a. Diagram 3.1 Genogram keluarga pasien

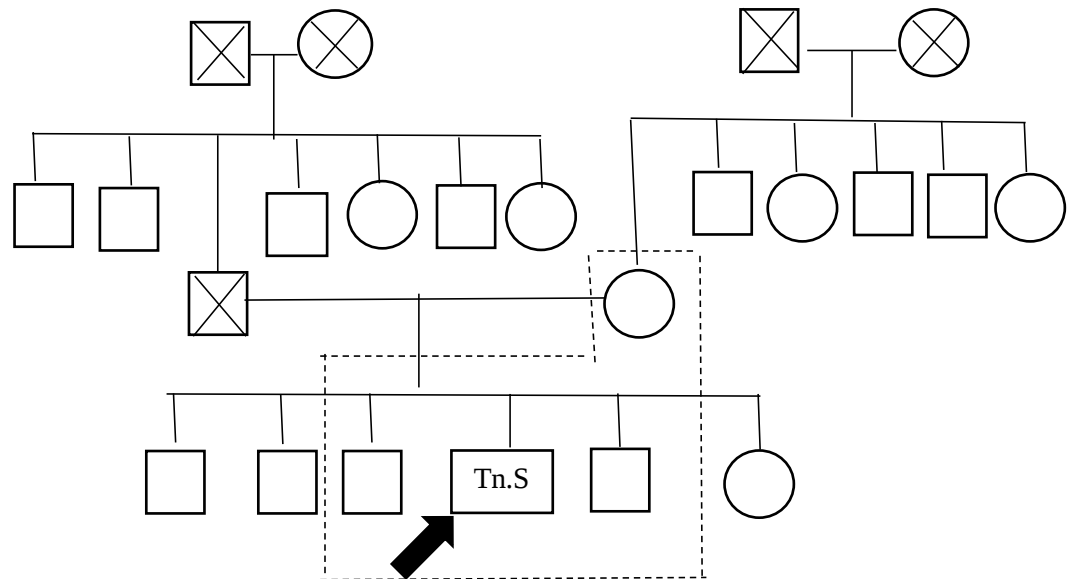


Diagram Genogram Keluarga Tn. S



Pasien mengatakan pola komunikasi didalam keluarganya terkadang baik namun terkadang berbicara kasar kepada pasien, seperti contoh ibunya mengatakan pasien susah diatur dan tidak normal. Pasien mengatakan ibu dan abang ketiga pasien apabila marah sering berbicara kasar kepada pasien. Pasien mengatakan apabila ada masalah ibu dan abang ketiga pasien berdiskusi untuk menyelesaikan masalah namun tidak mengikutsertakan pasien, sehingga pasien mengatakan merasa tidak dihargai.

Masalah keperawatan: harga diri rendah kronik dan resiko perilaku kekerasan.

b. Konsep Diri

1) Gambaran Diri

Pasien mengatakan tidak ada bagian tubuh yang tidak disukai karena terlihat bagus dan tidak ada hal-hal yang ingin diubah dari pasien tentang gambaran dirinya. Pasien mengatakan tidak pernah malu dengan semua anggota tubuhnya karena terlihat bagus.

2) Identitas

Pasien mengatakan namanya Tn.S berjenis kelamin laki-laki dan pasien mengatakan puas dengan keadaannya sebagai laki-laki. Pasien mengatakan tetap ingin menjadi laki-laki dan pasien tidak ada keinginan untuk berpacaran apalagi menikah.

3) Peran

Pasien mengatakan perannya sebagai laki-laki, pasien mengatakan perannya di keluarga sebagai seorang anak ke 4 dari 6 bersaudara. Pasien mengatakan perannya dimasyarakat tidak ada. Pasien mengatakan tidak pernah malu dirinya sebagai laki-laki. Pasien merasa malu dan sedih jika keluarga membandingkan kondisi keuangannya dengan keluarga lain karena perannya sebagai anak yang sudah dewasa tidak mampu memenuhi kebutuhan keluarganya, namun pasien hanya mampu

diam jika dituntut dan diancam untuk mencari uang. Pasien mengatakan merasa sedih apabila ada masalah ibu dan abang ketiga pasien berdiskusi untuk menyelesaikan masalah namun tidak mengikutsertakan pasien, sehingga pasien sebagai seorang anak merasa tidak dihargai didalam keluarganya.

4) Ideal Diri

Pasien mengatakan tetap ingin bekerja dan kedepannya ingin buka warung sendiri. Pasien mengatakan harapannya dirumah sakit ini yaitu ingin cepat sembuh.

5) Harga Diri

Pasien mengatakan merasa malu bila pasien dikatakan oleh ibu dan abang ketiga pasien anak yang tidak normal, tidak punya otak, dan anak yang sulit diatur, sehingga pasien malu untuk bergaul dengan orang-orang disekitar lingkungan pasien karena pasien takut dibilang orang yang tidak normal, tidak punya otak, dan anak yang susah diatur seperti yang dikatakan oleh abang dan ibu pasien. Selain itu, pasien juga mengatakan malu karena tidak punya uang yang banyak seperti orang lain (buat makan saja susah), sehingga pasien tidak ingin bergaul dengan orang-orang dilingkungan pasien.

Masalah keperawatan: harga diri rendah kronik dan isolasi sosial.

c. Hubungan sosial

1) Orang yang berarti

Pasien mengatakan orang yang berarti dalam hidupnya adalah ayah pasien karena sangat baik kepada pasien, sering cerita dengan pasien, dan tidak pernah berbicara kasar. Pasien mengatakan ibu dan saudara pasien juga berarti hanya saja terkadang mereka suka iri dan keras kepala, sehingga pasien tidak menyukai mereka, terkadang merasa kesal, dan marah.

2) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Pasien mengatakan tidak mau mengikuti kegiatan kelompok atau masyarakat karena merasa malu takut dibilang tidak normal. Pasien juga mengatakan apabila pasien keluar rumah ada tetangganya menyapa maka pasien menyapa balik.

3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan hambatan pasien dalam berhubungan dengan orang lain adalah karena pasien tidak percaya diri dan merasa malu takut dibilang tidak normal. Saat di rumah sakit, pasien mengatakan mempunyai satu teman namanya Tn.D.

Masalah keperawatan: resiko perilaku kekerasan, isolasi sosial, dan harga diri rendah kronik.

d. Spiritual

Pasien mengatakan dikeluarganya tidak ada nilai ada istiadat yang dilakukan. Pasien mengatakan yakin dapat sehat kembali dengan cara minum obat. Pasien mengatakan beragama Islam, pasien mengatakan dirumah terkadang sholat 5 waktu terkadang tidak (hanya 3 kali sholat) karena sibuk bekerja menjaga gas dari pukul 07.00 WIB-12.00 WIB terkadang bisa lebih dari pukul 12.00 WIB. Saat dirumah sakit pasien mengatakan tidak sholat karena tidak membawa sarung. Pasien tampak tidak sholat. Pasien tampak tidak berdoa sebelum makan dirumah sakit.

Masalah keperawatan: resiko perilaku kekerasan.

7. Status mental

a. Penampilan

Pasien mengatakan dirinya sudah rapih. Pasien tampak berpakaian rapih, tidak terbalik, rambut pasien tidak acak-acakan, kuku pasien tampak bersih, dan tampak pendek.

b. Pembicaraan

Pasien dapat berbicara dengan lancar walaupun intonasi suara yang datar. Pasien tidak mampu memulai pembicaraan dan harus

perawat yang memulai pembicaraan terlebih dahulu. Pasien terkadang tampak kebingungan saat ditanya oleh perawat, seperti pasien tampak lama diam saat ditanya kemudian bila perawat menanya ulang maka pasien bisa menjawabnya dan terkadang pasien meminta perawat mengulangi pertanyaan. Pasien terkadang tampak inkoheren/tidak nyambung dalam berbicara.

c. Aktivitas Motorik

Pasien tampak sesekali melihat ke satu arah.

d. Alam Perasaan

Pasien mengatakan sedih apabila dibilang tidak normal dan tidak punya otak. Pasien mengatakan merasa sedih karena dirawat dirumah sakit ini dan ingin segera pulang, pasien mengatakan sedih apabila ditanya tentang ayahnya, pasien tampak sedih dan menunduk bila ditanya tentang ayahnya yang sudah meninggal serta ditanya tentang masa lalunya.

e. Afek

Pasien tampak menunjukkan emosi dan perasaannya sesuai dengan suasana yang pasien ceritakan.

f. Interaksi Selama Wawancara

Pasien mengatakan lebih suka menyendiri. Pasien mengatakan masih curiga dengan ibunya mambicarakan pasien dengan tetangganya. Saat berinteraksi pasien tampak sering diam, sering menyendiri, kontak mata lebih dari 1 menit, postur tubuh pasien tidak membungkuk, saat berinteraksi sesekali menggerakkan bibirnya tanpa mengeluarkan suara (kurang lebih 2 detik), pandangan pasien tidak tampak tajam, dan wajah pasien tidak tampak memerah.

g. Persepsi

Pasien mengatakan mendengar suara-suara perempuan yang isinya mengatakan “Jangan marah-marah”. Pasien mengatakan suara muncul 3x per hari ketika pasien sedang berdiam diri, menyendiri, dan tidak melakukan aktivitas. Pasien mengatakan suara-suara

tersebut muncul pada waktu pagi hari sekitar pukul 06.00 WIB, sore hari pukul 17.00 WIB, dan malam hari pukul 21.00 WIB dengan durasi tidak lama kurang lebih 1-2 menit. Respon pasien dengan halusinasinya adalah tidak suka dengan suara itu karena berisik dan sangat mengganggu. Pasien mengatakan upaya yang dilakukan untuk mengatasi halusinasinya yaitu hanya diam dan terkadang menjawab suara-suara itu dengan mengatakan “Apa sih, saya tidak marah-marah”.

h. Proses Pikir

Pasien mampu menjawab dan mengungkapkan apa yang dipikirkan ketika perawat bertanya kepada pasien. Pasien tidak menunjukkan tanda sirkumtansial, tangensial, dan neologisma selama berinteraksi.

i. Isi Pikir

Pasien mengatakan masih curiga dengan ibunya membicarakan pasien dibelakang, pasien mampu mengenal kelebihan dan kekurangannya, serta pasien tampak tidak ada waham.

j. Tingkat Kesadaran

Pasien sadar penuh ketika dikaji oleh perawat. Pasien mengatakan dirinya berada dirumah sakit ini sebagai pasien. Pasien mengetahui tanggal hari ini yaitu 6 Januari 2020 dan masih pagi pukul 10.00 WIB.

k. Memori

Pasien tidak memiliki gangguan daya ingat jangka panjang. Hal itu dibuktikan dengan pasien dapat menceritakan kisahnya dari kecil dimana pasien sering dibandingkan oleh ibu pasien bahwa pasien berbeda dengan anak orang lain yang mudah diatur dan pasien tidak memiliki gangguan daya ingat jangka pendek. Hal itu dibuktikan pasien dapat menceritakan kejadian yang membuat pasien masuk ke Rumah Sakit Duren Sawit, dimana pada tanggal 5 Januari 2020 pasien mengatakan curiga pada tetangga pasien menganggap mereka ingin melukai pasien sehingga pasien

melempari pagar rumah tetangga pasien dengan batu. Pasien mengatakan mendengar suara-suara yang tidak jelas sehingga pasien marah dan berkata kasar dengan ibunya.

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien mampu berhitung sederhana dan tampak berkonsentrasi ketika perawat memberikan soal tentang berhitung numerik, contohnya “Bila bapak punya 2 roti dan 1 roti bapak diberikan kepada teman bapak maka berapa sisa roti bapak?”. Pada saat itu pasien menjawab “Roti saya tersisa 1”.

m. Kemampuan penilaian

Pasien mampu mengambil keputusan yang sederhana, contohnya pasien memilih mencuci tangan terlebih dahulu baru setelahnya makan supaya tangan pasien bersih.

n. Daya tilik

Pasien mengatakan sebelumnya tidak mengetahui dirinya mengalami gangguan sensori persepsi: halusinasi namun setelah di beri tahu oleh perawat pasien merasa bahwa penyakitnya ini karena pasien sering merasa malu dikatakan tidak normal oleh ibu dan abang ketiga pasien.

Masalah keperawatan: isolasi sosial, gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran, koping individu tidak efektif, harga diri rendah kronik, dan resiko perilaku kekerasan.

8. Kebutuhan persiapan pindah

a. Pasien mengatakan saat dirumah sakit makan nasi 2 kali sehari dan diberi makanan kecil 2 kali sehari. Pasien tampak dapat makan sendiri.

b. BAB/BAK

Pasien mengatakan dapat BAB dan BAK sendiri.

c. Mandi

Pasien tampak dapat mandi sendiri.

d. Berpakaian/berhias

Pasien tampak dapat berpakaian sendiri.

e. Istirahat dan tidur

Pasien mengatakan tidur siang pukul 13.00 WIB hingga pukul 14.00 WIB dan lama tidur malam pukul 08.00 WIB sampai 05:00 WIB. Pasien mengatakan kegiatan sebelum tidur tidak ada. Pasien mengatakan kegiatan sesudah tidur yaitu duduk.

f. Penggunaan obat

Pasien mengatakan saat dirumah sakit selalu disiapkan oleh perawat.

g. Pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan tidak ada masalah kesehatan fisik.

h. Kegiatan di dalam rumah

Pasien mengatakan kegiatan didalam rumah yaitu menyendiri dikamar, terkadang menyapu, cuci piring, cuci pakaian sendiri, dan beres-beres kamar.

i. Kegiatan di luar rumah

Pasien mengatakan kegiatan diluar rumah adalah berjaulan gas ditokoh orang.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan.

9. Mekanisme koping

Pasien mengatakan ketika pasien ada masalah pasien tidak pernah bercerita dengan ibu dan keluarga pasien atau teman pasien. Pasien mengatakan bila ada masalah pasien lebih memilih menyendiri dikamar dan merenung memikirkan masalah itu. Pasien mengatakan lebih sering diam dan tidak melawan apabila dimarah oleh abang dan ibu pasien, namun apabila pasien sudah capek dengan perkataan ibu pasien maka pasien pernah melawannya dengan berkata kasar pada ibu pasien.

Masalah keperawatan: koping individu tidak efektif.

10. Masalah psikososial dan lingkungan

- a. Masalah dengan dukungan kelompok
Pasien mengatakan tidak ada mengikuti aktivitas kelompok dilingkungan pasien.
 - b. Masalah berhubungan dengan lingkungan
Pasien mengatakan tidak percaya diri dan merasa malu berhubungan dengan orang-orang dilingkungan pasien dan merasa malu karena takut dibilang tidak normal.
 - c. Masalah dengan pendidikan
Pasien mengatakan pasien selalu naik kelas namun pasien hanya mampu sampai SMK karena keluarga pasien tidak mampu untuk mengkuliahkan pasien.
 - d. Masalah dengan pekerjaan
Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam pekerjaan pasien.
 - e. Masalah dengan perumahan
Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan perumahan pasien.
 - f. Masalah ekonomi
Pasien mengatakan merasa malu karena tidak seperti orang lain yang punya banyak uang sementara pasien hanya berpenghasilan sehari 50.000, abang ketiga pasien hanya sebagai tukang grab motor dan ibu pasien hanya sebagai penjahit kecil-kecilan. Pasien mengatakan kalau tidak ada BPJS maka keluarga pasien tidak mampu untuk berobat.
 - g. Masalah dengan pelayanan kesehatan
Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam menjalani pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Duren Sawit maupun dipelayanan kesehatan lainnya.
 - h. Masalah dengan dukungan lingkungan
Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan lingkungan pasien.
- Masalah keperawatan: isolasi sosial dan harga diri rendah.**

11. Pengetahuan kurang

Pasien mengatakan tidak mengetahui berasal dari mana suara-suara yang pasien dengar dan pasien mengatakan tidak tau cara yang baik untuk mengatasi suara-suara yang pasien dengar.

12. Aspek Medik

Tn. S dengan diagnosa medis F.20.3, mendapatkan terapi medik Clorilex 1x25mg/hari, Onzapin/Olanzapine 1x10mg/hari, dan Trihexylpenidyl 1x2mg/hari.

Tabel 3.1 Analisa data

Hari, tanggal	Data fokus	Masalah keperawatan
Senin, 6 Januari 2020	Data subjektif: • Pasien mengatakan mendengar suara perempuan. • Pasien mengatakan suara perempuan itu mengatakan “Jangan marah-marah”. • Pasien mengatakan suara itu muncul saat pasien sedang berdiam diri, menyendiri, dan tidak melakukan aktivitas. • Pasien mengatakan suara itu muncul 3x/hari, suara-suara tersebut muncul pada pagi hari sekitar pukul 06.00 WIB, sore hari pukul 17.00 WIB, dan malam hari pukul 21.00 WIB. • Pasien mengatakan suara-suara itu muncul tidak lama (kurang lebih 1-2 menit).	Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

	• Pasien mengatakan respon pasien dengan halusinasinya adalah tidak suka dengan suara itu karena berisik dan sangat mengganggu. • Pasien mengatakan upaya yang dilakukan untuk mengatasi halusinasinya yaitu hanya diam dan terkadang menjawab suara-suara itu dengan mengatakan “Apa sih, saya tidak marah-marah”. Data objektif : • Pasien tampak melihat ke satu arah. • Saat berinteraksi dengan pasien, sesekali pasien menggerakkan bibirnya tanpa mengeluarkan suara (kurang lebih 2 detik).	
Senin, 6 januari 2020	Data subjektif: • Pasien mengatakan ibu dan abang ketiga pasien apabila marah sering berbicara kasar kepada pasien. • Pasien mengatakan terlalu lagi bila pasien mengingat dari kecil pasien sering dibandingkan oleh ibunya dengan anak orang lain bahwa pasien susah diatur tidak seperti anak orang lain.	Resiko perilaku kekerasan.

	• Pasien mengatakan pada usia 27 tahun pasien pernah mengalami aniaya fisik dari abang ketiganya yaitu memukul pasien dikarenakan pasien berkata kasar dengan ibu pasien. Namun pasien hanya diam dan tidak melawan abang ketiganya itu. Hal itu terjadi karena pasien menganggap ibunya sering iri, keras kepala, dan sering mengatakan pasien tidak punya otak, tidak normal, dan susah diatur. • Pasien mengatakan kemarin ada marah dan berkata kasar dengan ibunya karena mendengar suara-suara yang tidak jelas. • Pasien mengatakan ibunya sering membicarakan pasien dengan tetangganya. • Pasien mengatakan kemarin marah-marah juga dengan tetangganya karena pasien menganggap mereka ingin melukai pasien sehingga pasien melempari pagar rumah tetangga pasien dengan batu. • Pada bulan Juni 2019 pasien mendapat ancaman dari teman abang ketiga pasien dan pasien	
--	---	--

	hanya diam dan tidak berani melawan. • Pada bulan Juni sampai bulan September 2019 pasien dituntut dan diancam oleh keluarga untuk menghasilkan uang dengan kata-kata kasar. • Pasien mengatakan ibu dan saudara pasien juga berarti hanya saja terkadang mereka suka iri dan keras kepala sehingga pasien tidak menyukai mereka dan terkadang merasa kesal dan marah. • Pasien mengatakan beragama Islam, pasien mengatakan dirumah terkadang sholat 5 waktu terkadang tidak (hanya 3 kali sholat) karena sibuk bekerja menjaga gas dari pukul 07.00 WIB-12.00 WIB terkadang bisa lebih dari pukul 12.00 WIB. Saat dirumah sakit pasien mengatakan tidak sholat karena tidak membawa sarung. Data objektif : • Pasien tampak tidak sholat. Pasien tampak tidak berdoa sebelum makan dirumah sakit. • Pandangan pasien tidak tampak tajam.	
--	--	--

	• Wajah pasien tidak tampak memerah.	
Senin, 6 Januari 2020	Data subjektif: • Pasien mengatakan tidak ada mau mengikuti aktivitas kelompok dilingkungan pasien. • Pada saat pasien berusia 25 tahun pasien mengatakan ayah pasien meninggal. Pada saat itu pasien sangat sedih dan merasa kehilangan karena ayah pasien adalah orang yang berarti dalam hidup pasien. Selain itu menurut pasien ayahnya sangat baik dengan pasien. Pasien mengatakan semenjak ayahnya meninggal kehidupan ekonomi keluarganya semakin tidak baik. Pasien mengatakan keluarga pasien untuk mencari makan saja susah. • Pasien mengatakan tidak mau mengikuti kegiatan kelompok atau masyarakat karena merasa sedih dan malu takut dibilang tidak normal. • Pasien juga mengatakan apabila pasien keluar rumah ada tetangganya menyapa maka pasien menyapa balik. • Pasien juga mengatakan malu karena tidak punya uang yang	Isolasi sosial.

	banyak seperti orang lain (buat makan saja susah) sehingga pasien tidak ingin bergaul dengan orang-orang dilingkungan pasien. • Pasien mengatakan lebih senang menyendiri. • Pasien mengatakan sedih apabila ditanya tentang ayahnya yang meninggal. • Pasien mengatakan merasa sedih karena dirawat di rumah sakit ini dan ingin segera pulang. • Pasien mengatakan sedih apabila dibilang tidak normal dan tidak punya otak. • Pasien mengatakan memiliki satu teman dirumah sakit ini yaitu Tn.D. Data objektif : • Pasien tampak sering diam dan menyendiri. • Pasien tidak mampu memulai pembicaraan. • Pasien tampak sedih dan menunduk apabila ditanya tentang ayahnya yang sudah meninggal. • Kontak mata pasien lebih dari 1 menit.	
--	--	--

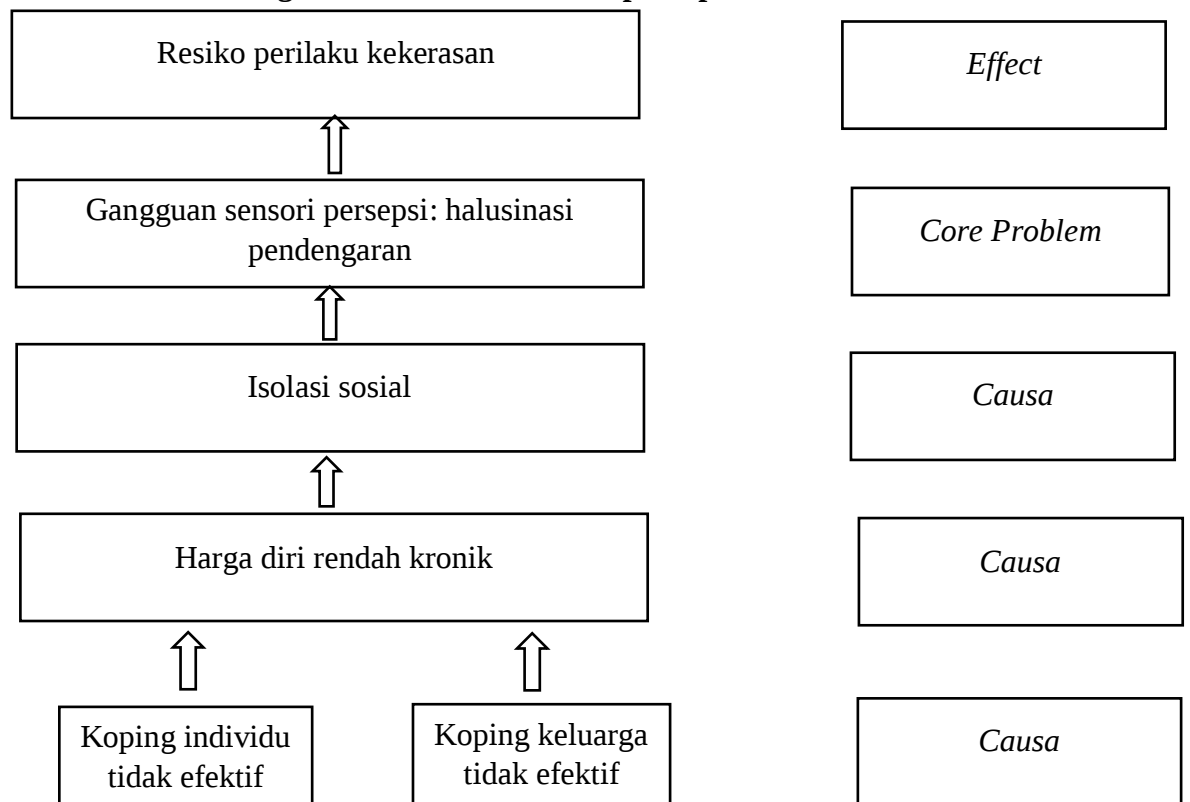
	• Pasien dapat berbicara dengan jelas walaupun dengan intonasi suara yang datar. • Postur tubuh pasien tidak membungkuk.	
Senin, 6 Januari 2020	Data subjektif: • Pasien mengatakan pada bulan Juni 2019 pasien pernah mendengar ibu pasien iri pada orang lain dimana pasien mendengar ibunya mengatakan “Kehidupan keluarga saya tidak seperti orang lain yang punya banyak uang”. Pada saat itu pasien mengatakan merasa malu. • Pasien merasa malu dan sedih jika keluarga membandingkan kondisi keuangannya dengan keluarga lain karena perannya sebagai anak yang sudah dewasa tidak mampu memenuhi kebutuhan keluarganya namun pasien hanya mampu diam jika dituntut dan diancam untuk mencari uang. • Pasien mengatakan merasa sedih apabila ada masalah ibu dan abang ketiga pasien berdiskusi untuk menyelesaikan masalah namun tidak mengikutsertakan pasien sehingga pasien sebagai	Harga diri rendah kronik.

	seorang anak merasa tidak dihargai didalam keluarganya. • Pasien mengatakan merasa malu bila pasien dikatakan oleh ibu dan abang ketiga pasien anak yang tidak normal, tidak punya otak dan anak yang sulit diatur, sehingga pasien malu untuk bergaul dengan orang-orang disekitar lingkungan pasien karena pasien takut dibilang orang yang tidak normal, tidak punya otak, dan anak yang susah diatur seperti yang dikatakan oleh abang dan ibu pasien. • Pasien juga mengatakan malu karena tidak punya uang yang banyak seperti orang lain (buat makan saja susah), sehingga pasien tidak ingin bergaul dengan orang-orang dilingkungan pasien. • Pasien mengatakan hambatan pasien dalam berhubungan dengan orang lain adalah karena pasien tidak percaya diri dan merasa malu takut dibilang tidak normal. • Pasien mengatakan ibunya hanya sebagai tukang jahit kecil-kecilan.	
--	--	--

	• Pasien mengatakan abang ketiga pasien hanya sebagai tukang grab motor. • Pasien mengatakan kedepannya tetap ingin bekerja dan buka usaha/buka warung sendiri. Data objektif: • Pasien tampak sering menyendiri. • Postur tubuh pasien tidak membungkuk.	
6 Januari 2020	Data subjektif: • Pasien mengatakan pacar pasien meninggalkan pasien karena pacarnya sudah punya calon suaminya yang sudah mapan dan punya banyak uang dibanding pasien yang hanya sehari mendapat gaji Rp.50.000. Pasien juga mengatakan bahwa dirinya untuk makan saja susah bagaimana mau nikah. Sejak saat itu pasien tidak ingin berpacaran lagi dan tidak ingin menikah. Pasien mengatakan ketika pasien ada masalah pasien tidak pernah bercerita dengan ibu dan keluarga pasien atau teman pasien. • Pasien mengatakan bila ada masalah pasien lebih memilih	Koping individu tidak efektif.

	menyendiri dikamar dan merenung memikirkan masalah itu. Pasien mengatakan lebih sering diam dan tidak melawan apabila dimarah oleh abang dan ibu pasien, namun apabila pasien sudah capek dengan perkataan ibu pasien maka pasien pernah melawannya dengan berkata kasar pada ibu pasien. Data objektif: • Pasien tampak menunduk ketika ditanya mengenai masa lalunya.	
6 Januari 2020	Data subjektif: • Pasien mengatakan pada usia 27 tahun pasien pernah mengalami aniaya fisik dari abang ketiganya yaitu memukul pasien dikarenakan pasien berkata kasar dengan ibu pasien. Namun pasien hanya diam dan tidak melawan abang ketiganya itu. Hal itu terjadi kerana pasien menganggap ibunya sering iri, keras kepala dan sering mengatakan pasien tidak punya otak, tidak normal, dan susah diatur. • Pasien mengatakan terlabih lagi bila pasien mengingat dari kecil pasien sering dibandingkan oleh	Koping keluarga tidak efektif.

	ibunya dengan anak orang lain bahwa pasien susah diatur tidak seperti anak orang lain. • Pasien mengatakan pada bulan Juni 2019 pasien pernah mendengar ibu pasien iri pada orang lain dimana pasien mendengar ibunya mengatakan “Kehidupan keluarga saya tidak seperti orang lain yang punya banyak uang”. Pada saat itu pasien mengatakan merasa malu. • Pasien mengatakan ibu dan saudara pasien juga berarti hanya saja terkadang mereka suka iri dan keras kepala, sehingga pasien tidak menyukai mereka, terkadang merasa kesal dan marah. • Pasien mengatakan merasa sedih apabila ada masalah ibu dan abang ketiga pasien berdiskusi untuk menyelesaikan masalah namun tidak mengikutsertakan pasien sehingga pasien sebagai seorang anak merasa tidak dihargai didalam keluarganya. Data objektif : • Pasien tampak menunduk ketika ditanya mengenai masa lalunya.	
--	--	--

Diagram 3.2 Pohon masalah pada pasien**B. Diagnosa keperawatan**

1. Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.
2. Resiko perilaku kekerasan.
3. Isolasi sosial.
4. Harga diri rendah kronik.
5. Koping individu tidak efektif.
6. Koping keluarga tidak efektif.

B. Perencanaan keperawatan**1. Tujuan umum**

Pasien tidak mencederai diri sendiri dan orang lain.

2. Tujuan Khusus

- a. TUK 1: pasien dapat membina hubungan saling percaya

Kriteria hasil yang diharapkan meliputi ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rada tenang, ada kontak mata, mau berjabat tangan,

mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, mau duduk berdampingan dengan perawat, dan mau mengutarakan masalah yang dihadapi. Tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi sapa pasien dengan ramah dan baik secara verbal maupun non verbal, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien, jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji, tujukan sikap empati, menerima pasien apa dasar pasien, beri perhatian pada pasien, dan perhatikan kebutuhan dasar pasien.

b. TUK 2: pasien dapat mengenal halusinasi

Kriteria hasil yang diharapkan meliputi pasien dapat menyebutkan waktu, isi dan frekuensi timbulnya halusinasi, dan pasien dapat mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya. Tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi adakan sering dan singkat secara bertahap, serta observasi tingkah laku pasien terkait dengan halusinasinya. Bicara dan tertawa tanpa stimulus, memandang ke kiri dan ke kanan seolah-olah ada teman bicara, bantu pasien mengenal halusinasinya dengan cara yaitu jika menemukan pasien sedang halusinasi tanyakan apakah ada suara yang didengar, jika pasien menjawab ada maka lanjutkan apa yang di katakan, katakan bahwa perawat percaya pada pasien mendengar suara itu namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada sehabat tanpa menuduh/menghakimi), katakan pada pasien bahwa ada juga pasien lain yang sama seperti dia, katakan bahwa perawat akan membantu pasien, diskusikan dengan pasien tentang situasi yang menimbulkan/tidak menimbulkan halusinasi dan waktu serta frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore dan malam atau jika sendiri, jengkel, sedih), diskusikan dengan pasien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah, takut, sedih, tenang), dan beri kesempatan mengungkapkan perasaan.

c. TUK 3: pasien dapat mengontrol halusinasinya

Kriteria hasil yang diharapkan meliputi pasien dapat menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya, pasien dapat menyebutkan cara baru, pasien dapat memilih cara mengatasi halusinasi seperti yang telah didiskusikan dengan pasien, pasien dapat melakukan cara yang telah dipilih untuk mengendalikan halusinasi, dan pasien dapat mengetahui aktivitas kelompok. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan yaitu identifikasi bersama pasien tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukkan diri sendiri, dan lain-lain), diskusikan manfaat cara yang digunakan pasien, jika bermanfaat beri pujian, diskusikan cara baru untuk memutuskan halusinasi mengontrol timbulnya halusinasi dengan mengatakan “Saya tidak mau dengan kamu” pada saat halusinasi muncul, menemui orang lain atau perawat, teman atau anggota keluarga yang lain untuk bercakap-cakap atau mengatakan halusinasi yang didengar, membuat jadwal sehari-hari agar halusinasi tidak sempat muncul, dan meminta keluarga/teman/perawat, jika tampak bicara sendiri. Bantu pasien memilih cara dan melatih cara untuk memutuskan halusinasi secara bertahap, misalnya dengan mengambil air wudhu dan sholat atau membaca alQur'an, membersihkan rumah dan alat-alat rumah tangga, mengikuti keanggotaan sosial di masyarakat (pengajian, gotong royong), mengikuti kegiatan olahraga di kampung (jika masih muda), dan mencari teman untuk ngobrol. Beri kesempatan untuk melakukan cara yang telah dilatih. Evaluasi hasilnya dan beri pujian jika berhasil. Anjurkan pasien untuk mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi realita, dan stimulasi persepsi.

d. TUK 4: pasien dapat memanfaatkan obat dengan baik

Kriteria hasil yang diharapkan meliputi pasien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat. Pasien dapat mendemonstrasikan penggunaan obat dengan benar. Pasien

mendapat informasi tentang efek dan efek samping obat. Pasien dapat memahami akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi. Pasien dapat menyebutkan prinsip 5 benar penggunaan obat. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan meliputi diskusikan dengan pasien tentang dosis serta frekuensi serta manfaat minum obat. Anjurkan pasien minta sendiri obat pada perawat dan merasakan manfaatnya. Anjurkan pasien untuk bicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat yang dirasakan. Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter. Bantu pasien menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar dosis, benar obat, benar waktunya, benar caranya, dan benar pasiennya).

Tujuan khusus dalam perencanaan di tuangkan dalam bentuk strategi pelaksanaan yang terdiri dari :

a. SP 1: menghardik

Setelah dilakukan 3 kali pertemuan, pasien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik secara mandiri.

- 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, serta 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: minum obat

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

- 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: bercakap-cakap

Setelah dilakukan 2 kali pertemuan, pasien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain.

- 1) Evaluasi tanda dan gejala halusinasi.
- 2) Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap.
- 3) Berikan contoh cara 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 dorongan terus menerus agar pasien tetap semangat meningkatkan latihannya.

d. SP 4: melakukan kegiatan

Setelah dilakukan 2 kali pertemuan, pasien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas kegiatan secara mandiri.

- 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 dan memberikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif.

Terapi Aktivitas Kelompok

- 1) Sesi 1: mengenal halusinasi

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

- 2) Sesi 2: mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

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

- 3) Sesi 3: mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan

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

- 4) Sesi 4: mencegah halusinasi dengan bercakap-cakap

Tak sesi 4 bertujuan untuk melatih pasien agar mampu memahami pentingnya bercakap-cakap dengan orang lain untuk mencegah munculnya halusinasi.

- 5) Sesi 5: mencegah halusinasi dengan minum obat

TAK sesi 5 bertujuan untuk melatih pasien agar mampu menyebutkan 5 benar minum obat, keuntungan minum obat, dan menyebutkan akibat tidak patuh minum obat.

C. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Implementasi tindakan keperawatan:

1. SP 1 Pertemuan 1, tanggal 6 Januari 2020, pukul 11.00 WIB-11.30 WIB

Data subjektif:

- a. Pasien mengatakan mendengar suara perempuan.
- b. Pasien mengatakan suara perempuan itu mengatakan “Jangan marah-marah”.
- c. Pasien mengatakan suara itu muncul saat pasien sedang berdiam diri, menyendiri, dan tidak melakukan aktivitas.
- d. Pasien mengatakan suara itu muncul 3x/hari, suara-suara tersebut muncul pada pagi hari sekitar pukul 06.00 WIB, sore hari pukul 17.00 WIB, dan malam hari pukul 21.00 WIB.
- e. Pasien mengatakan suara-suara itu muncul tidak lama yaitu kurang lebih 1-2 menit.
- f. Pasien mengatakan respon pasien dengan halusinasinya adalah tidak suka dengan suara itu karena berisik dan sangat mengganggu.
- g. Pasien mengatakan upaya yang dilakukan untuk mengatasi halusinasinya yaitu hanya diam dan terkadang menjawab suara-suara itu dengan mengatakan “Apa sih, saya tidak marah-marah”.

Data objektif:

- a. Pasien tampak melihat ke satu arah.
- b. Saat berinteraksi dengan pasien, sesekali pasien menggerakkan bibirnya tanpa mengeluarkan suara (kurang lebih 2 detik).

Diagnosa: gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran.

Implementasi keperawatan

Melakukan strategi pelaksanaan 1 halusinasi:

- a. Membina hubungan saling percaya
Respon: pasien menyebutkan nama dan panggilan kesukaan.

- b. Mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon pasien, dan upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengontrol halusinasi

Respon: pasien menceritakan isi halusinasinya dengan suara yang jelas.

- c. Menjelaskan pengertian, penyebab, serta tanda dan gejala halusinasi

Respon: pasien tampak memperhatikan.

- d. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik

Respon: pasien tampak memperhatikan.

- e. Memberikan contoh cara menghardik

Respon: pasien tampak fokus ketika perawat mencontohkan.

- f. Memberikan waktu pasien untuk mencontohkan cara menghardik

Respon: pasien tampak dapat menghardik dengan benar.

- g. Memberikan pujian atas setiap tindakan

Respon: pasien tersenyum.

Rencana tindak lanjut :

- a. Melatih mengontrol halusinasi: minum obat dengan 5 benar minum obat.
- b. Melatih mengontrol halusinasi: bercakap-cakap.
- c. Melatih mengontrol halusinasi: melakukan kegiatan.

Evalusi keperawatan:

Evalusiasi subjektif:

- a. Pasien mengatakan mendengar suara perempuan.
- b. Pasien mengatakan suara perempuan itu mengatakan “Jangan marah-marah”.
- c. Pasien mengatakan suara itu muncul saat pasien sedang berdiam diri, menyendiri, dan tidak melakukan aktivitas.

- d. Pasien mengatakan suara itu muncul 3x/hari, suara-suara tersebut muncul pada pagi hari sekitar pukul 06.00 WIB, sore hari pukul 17.00 WIB, dan malam hari pukul 21.00 WIB.
- e. Pasien mengatakan suara-suara itu muncul tidak lama yaitu kurang lebih 1-2 menit.
- f. Pasien mengatakan respon pasien dengan halusinasinya adalah tidak suka dengan suara itu karena berisik dan sangat mengganggu.
- g. Pasien mengatakan upaya yang dilakukan untuk mengatasi halusinasinya yaitu hanya diam dan terkadang menjawab suara-suara itu dengan mengatakan “Apa sih, saya tidak marah-marah”.
- h. Pasien mengatakan akan mencoba lagi cara menghardik sendiri saat suara-suara itu muncul.

Evaluasi objektif:

- a. Pasien tampak mampu menghardik.
- b. Pasien tampak mampu dan yakin untuk terus belajar menghardik.
- c. Saat berinteraksi dengan pasien, sesekali pasien menggerakkan bibirnya tanpa mengeluarkan suara (kurang lebih 2 detik).

Analisa:

- a. Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.
- b. Kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi bertambah.
- c. Tanda dan gejala halusinasi yang dialami pasien berkurang.

Planning:

- a. Perawat: lanjutkan SP 2 pertemuan 1.
- b. Pasien: latih cara mengontrol halusinasi dengan 5 benar minum obat.

2. SP 2 Pertemuan 1, tanggal 7 Januari 2020, 14.00 WIB-14.30 WIB

Data Subjektif:

- a. Pasien mengatakan mendengar suara perempuan.

- b. Pasien mengatakan suara perempuan itu mengatakan “Jangan marah-marah”.
- c. Pasien mengatakan suara itu muncul saat pasien sedang berdiam diri, menyendiri, dan tidak melakukan aktivitas.
- d. Pasien mengatakan suara itu muncul 3x/hari, suara-suara tersebut muncul pada pagi hari sekitar pukul 06.00 WIB, sore hari pukul 17.00 WIB, dan malam hari pukul 21.00 WIB.
- e. Pasien mengatakan suara-suara itu muncul tidak lama yaitu kurang lebih 1-2 menit.
- f. Pasien mengatakan respon pasien dengan halusinasinya adalah tidak suka dengan suara itu karena berisik dan sangat mengganggu.
- g. Pasien mengatakan upaya yang dilakukan untuk mengatasi halusinasinya yaitu hanya diam dan terkadang menjawab suara-suara itu dengan mengatakan “Apa sih, saya tidak marah-marah”.
- h. Pasien mengatakan akan mencoba lagi cara menghardik sendiri saat suara-suara itu muncul.

Data Objektif:

- a. Pasien tampak mampu menghardik.
- b. Pasien tampak mampu dan yakin untuk terus belajar menghardik.
- c. Saat berinteraksi dengan pasien, sesekali pasien menggerakkan bibirnya tanpa mengeluarkan suara (kurang lebih 2 detik).

Diagnosa keperawatan: gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

Implementasi keperawatan:

Melakukan strategi pelaksanaan 2 halusinasi:

- a. Mengevaluasi tanda dan gejala halusinasinya
Respon: pasien tampak menjelaskan halusinasinya dengan baik dan tatapan fokus.

- b. Memvalidasi kemampuan pasien mengenal halusinasi dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik
Respon: pasien tampak mampu menghardik.
- c. Memberikan pujian atas setiap tindakan
Respon: pasien tersenyum.
- d. Memberikan contoh cara 5 benar minum obat (obat, pasien, cara, waktu, dan dosis).
Respon: pasien tampak memperhatikan namun masih sedikit bingung.
- e. Memberikan kesempatan pasien mempraktekkan cara 5 benar minum obat (obat, pasien, cara, waktu, dan dosis)
Respon: Pasien tampak menjelaskan namun terbata-bata.

Rencana tindak lanjut:

- a. Latih mengontrol halusinasi: bercakap-cakap.
- b. Latih mengontrol halusinasi: melakukan kegiatan.

Evalusi keperawatan:

Evaluasi subjektif:

- a. Pasien mengatakan masih mendengar suara-suara yaitu suara laki-laki dan suara perempuan walaupun sudah berkurang.
- b. Pasien mengatakan suara yang pertama pasien dengar adalah suara laki-laki yang mengatakan menyuruh pasien pergi dari Rumah Sakit Duren Sawit ini. Pasien mengatakan suara yang kedua yaitu suara perempuan yang mengatakan hal yang sama yaitu menyuruh pasien pergi dari Rumah Sakit Duren Sawit ini.
- c. Pasien mengatakan suara itu muncul 2 kali dalam sehari, itu muncul saat pasien sedang berdiam diri, menyendiri, dan tidak melakukan aktivitas.
- d. Pasien mengatakan suara-suara tersebut muncul pada pagi hari pukul 06.00 WIB dan pada siang hari pukul 12.00 WIB.

- e. Pasien mengatakan suara itu muncul dengan durasi tidak lama (kurang lebih 1-2 menit).
- f. Pasien mengatakan respon pasien terhadap halusinasinya yaitu tidak suka dengan suara-suara itu karena berisik dan sangat mengganggu.
- g. Pasien mengatakan upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut yaitu dengan menutup telinga dan pasien mengatakan “Pergi-pergi kamu suara palsu aku tidak mau dengar”.
- h. Pasien mengatakan bahwa pasien mempunyai 3 jenis obat namun pasien mengatakan lupa nama obatnya dan dosisnya. Pasien mengatakan obat ini punya saya Tn.S. Pasien mengatakan ketiga obat itu diminum dengan cara dibawa ke dalam mulut dan ditelan menggunakan air minum. Pasien mengatakan obat pertama dan kedua diberikan pada siang hari pukul 12.00 WIB setelah makan dan obat ketiga diberikan pada malam hari pukul 19.00 WIB setelah makan.

Evaluasi objektif:

- a. Pasien mampu melakukan cara menghardik dengan benar.
- b. Pasien tampak mampu menyebutkan benar pasien, cara, dan waktu minum obat namun pasien mengatakan masih lupa dengan nama obatnya serta dosisnya.
- c. Pasien tampak mampu menjelaskan kegunaan dan efek samping obat.

Analisa:

- a. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.
- b. Kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi bertambah.
- c. Tanda dan gejala halusinasi yang dialami pasien berkurang.

Planning:

- a. Perawat: lanjutkan SP 2 pertemuan 2.

- b. Pasien: latih cara mengontrol halusinasi dengan 5 benar minum obat.

3. SP 2 pertemuan 2, tanggal 8 Januari 2020, pukul 14.00 WIB-14.30 WIB

Data Subjektif:

- a. Pasien mengatakan masih mendengar suara-suara yaitu suara laki-laki dan suara perempuan walaupun sudah berkurang.
- b. Pasien mengatakan suara yang pertama pasien dengar adalah suara laki-laki yang mengatakan menyuruh pasien pergi dari Rumah Sakit Duren Sawit ini. Pasien mengatakan suara yang kedua yaitu suara perempuan yang mengatakan hal yang sama yaitu menyuruh pasien pergi dari Rumah Sakit Duren Sawit ini.
- c. Pasien mengatakan suara itu muncul saat pasien sedang berdiam diri, menyendiri dan tidak melakukan aktivitas.
- d. Pasien mengatakan suara itu muncul 2 kali dalam sehari, suara-suara tersebut muncul pada pagi hari pukul 06.00 WIB dan pada siang hari pukul 12.00 WIB.
- i. Pasien mengatakan suara itu muncul dengan durasi tidak lama (kurang lebih 1-2 menit).
- j. Pasien mengatakan respon pasien terhadap halusinasinya yaitu tidak suka dengan suara-suara itu karena berisik dan sangat mengganggu.
- k. Pasien mengatakan upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut yaitu dengan menutup telinga dan pasien mengatakan “Pergi-pergi kamu suara palsu aku tidak mau dengar”.
- l. Pasien mengatakan bahwa pasien mempunyai 3 jenis obat namun pasien mengatakan lupa nama obatnya dan dosisnya. Pasien mengatakan obat ini punya saya Tn.S. Pasien mengatakan ketiga obat itu diminum dengan cara dibawa ke dalam mulut dan ditelan menggunakan air minum. Pasien mengatakan obat pertama dan kedua diberikan pada siang hari pukul 12.00 WIB setelah makan dan

obat ketiga diberikan pada malam hari pukul 19.00 WIB setelah makan.

Data Objektif:

- a. Pasien mampu melakukan cara menghardik dengan benar.
- b. Pasien tampak mampu menyebutkan pasien, cara, dan waktu minum obat namun pasien masih lupa dengan nama obatnya serta dosisnya.

Implementasi keperawatan:

Melakukan strategi pelaksanaan 2 halusinasi:

- a. Mengevaluasi tanda dan gejala halusinasinya
Respon: pasien tampak menjelaskan halusinasinya dengan baik dan tatapan fokus.
- b. Memvalidasi kemampuan pasien mengenal halusinasi dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik
Respon: pasien tampak mampu menghardik.
- c. Memberikan pujian atas setiap tindakan
Respon: pasien tersenyum.
- d. Memberikan contoh cara 5 benar minum obat (obat, pasien, cara, waktu, dan dosis)
Respon: pasien tampak memperhatikan dan sudah tidak bingung.
- e. Memberikan kesempatan pasien mempraktekkan cara 5 benar minum obat (obat, pasien, cara, waktu, dan dosis).
Respon: pasien tampak menjelaskan dengan benar.

Diagnosa keperawatan: gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

Rencana tindak lanjut:

- a. Latih mengontrol halusinasi: bercakap-cakap.
- c. Latih mengontrol halusinasi: melakukan kegiatan.

Evaluasi keperawatan

Evaluasi subjektif:

- a. Pasien mengatakan masih mendengar suara-suara yaitu suara perempuan walaupun sudah berkurang.
- b. Pasien mengatakan suara perempuan itu mengatakan “Ngapain kamu disini”.
- c. Pasien mengatakan suara itu muncul saat pasien sedang menyendiri, berdiam diri dan tidak melakukan aktivitas.
- d. Pasien mengatakan suara itu muncul 1x/hari dan suara tersebut muncul pada siang hari sekitar pukul 11.00 WIB.
- e. Pasien mengatakan suara itu muncul dengan durasi tidak lama (kurang lebih 1-2 menit).
- f. Pasien mengatakan respon pasien terhadap halusinasinya yaitu tidak suka dengan suara-suara itu karena berisik dan sangat mengganggu.
- g. Pasien mengatakan upaya yang dilakukan pasien untuk masalah tersebut yaitu dengan menutup telinga dan pasien mengatakan “Pergi-pergi kamu suara palsu saya tidak mau dengar”.
- h. Pasien mengatakan bahwa pasien mempunyai 3 jenis obat yang ada tulisan nama Tn.S. Obat pertama namanya Clorilex dengan dosis 1 buah sekali minum dan obat kedua namanya Trihexyphenidyl (THP) dengan dosis 1 buah sekali minum, kedua obat ini diminum pada siang hari pukul 12.00 WIB dan obat terakhir namanya onzapin/olanzapine dosisnya diminum 1 buah sekali minum, obat ini diminum pada malam hari pukul 7 (19.00 WIB) malam. Ketiga obat ini diminum setelah makan dan diminum dengan cara dibawa kedalam mulut dengan diminum menggunakan air.

Evaluasi objektif:

- a. Pasien mampu melakukan cara menghardik dengan benar.
- b. Pasien tampak mampu menyebutkan 5 benar minum obat.

Analisa:

- a. Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.
- b. Kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasinya bertambah .
- c. Tanda dan gejala halusinasi yang dialami pasien berkurang.

Planning:

- a. Perawat: lakukan timbang terima SP 3 dan SP 4 dengan perawat belimbing.
- b. Pasien: latih cara mengontrol halusinasi bercakap-cakap.

4. Jumat, 9 Januari 2020, pukul 15.00 WIB**TAK stimulasi gangguan persepsi: halusinasi (TAK sesi 1)****Data subjektif:**

- a. Pasien mengatakan masih mendengar suara-suara yaitu suara perempuan walaupun sudah berkurang.
- b. Pasien mengatakan suara perempuan itu mengatakan “Ngapain kamu disini”.
- c. Pasien mengatakan suara itu muncul saat pasien sedang menyendiri, berdiam diri, dan tidak melakukan aktivitas.
- d. Pasien mengatakan suara itu muncul 1x/hari dan suara tersebut muncul pada siang hari sekitar pukul 11.00 WIB.
- e. Pasien mengatakan suara itu muncul dengan durasi tidak lama (kurang lebih 1-2 menit).
- f. Pasien mengatakan respon pasien terhadap halusinasinya yaitu tidak suka dengan suara-suara itu karena berisik dan sangat mengganggu.
- g. Pasien mengatakan upaya yang dilakukan pasien untuk masalah tersebut yaitu dengan menutup telinga dan pasien mengatakan “Pergi-pergi kamu suara palsu saya tidak mau dengar”.
- h. Pasien mengatakan bahwa pasien mempunyai 3 jenis obat yang ada tulisan nama Tn.S. Obat pertama namanya Clorilex dengan dosis 1 buah sekali minum dan obat kedua namanya Trihexyphenidyl (THP) dengan dosis 1 buah sekali minum, kedua obat ini diminum pada

siang hari pukul 12.00 WIB dan obat terakhir namanya onzapin/olanzapine dosisnya diminum 1 buah sekali minum, obat ini diminum pada malam hari pukul 7 (19.00 WIB) malam. Ketiga obat ini diminum setelah makan dan diminum dengan cara dibawa kedalam mulut dengan diminum menggunakan air.

Data objektif:

- a. Pasien mampu melakukan cara menghardik dengan benar.
- b. Pasien tampak mampu menyebutkan 5 benar minum obat.
- c. Pasien masih tidak mampu memulai pembicaraan.

Implementasi keperawatan:

Melakukan TAK stimulasi gangguan sensori persepsi: halusinasi (sesi 1):

Sesi 1: mengenal halusinasi, tujuannya:

- a. Menanyakan apakah pasien dapat mengenal halusinasi
Respon: pasien mengatakan mendengar suara-suara yang menyuruhnya pulang kerumahnya.
- b. Menanyakan waktu terjadinya halusinasi
Respon: pasien mengatakan halusinasinya muncul hanya kadang-kadang saja dan pada hari ini muncul sekitar pukul 11.00 WIB.
- c. Menanyakan pada pasien situasi terjadinya halusinasi
Respon: pasien mengatakan halusinasinya muncul saat dirinya menyendiri.
- d. Menanyakan perasaan pasien saat terjadi halusinasi
Respon: pasien mengatakan perasaannya saat halusinasinya muncul merasa terganggu dengan suara itu.

Evaluasi keperawatan

Evaluasi subjektif:

- a. Pasien mengatakan mendengar suara-suara yang menyuruhnya pulang kerumahnya.

- b. Pasien mengatakan halusinasinya muncul hanya kadang-kadang saja dan pada hari ini muncul sekira pukul 13.00 WIB.
- c. Pasien mengatakan halusinasinya muncul saat dirinya menyendiri.
- d. Pasien mengatakan perasaannya saat halusinasinya muncul merasa terganggu dengan suara itu.

Evaluasi objektif:

- a. Pasien mampu mengikuti kegiatan TAK sesi 1 dengan kooperatif.
- b. Pasien mampu mengenal halusinasi yang dialaminya.
- c. Pasien mampu mengenal waktu terjadinya halusinasinya.
- d. Pasien mampu mengenal situasi terjadinya halusinasinya.
- e. Pasien mampu mengungkapkan perasaannya saat terjadi halusinasi.

Analisa:

- a. Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.
- b. Kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasinya bertambah.
- c. Tanda dan gejala belum berkurang.

Planning:

- a. Perawat: TAK stimulasi gangguan sensori persepsi: halusinasi sesi 2
- b. Pasien:-

BAB IV PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini, penulis ingin menyampaikan terkait hal-hal yang perlu dibahas antara teori dengan kasus yaitu tentang konsep medik dan asuhan keperawatan. Adapun bagian-bagian dari asuhan keperawatan yang akan dibahas yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

A. Konsep Medik

Menurut Elvira & Hadikanto (2014) mengungkapkan bahwa skizofrenia tak terperinci mempunyai gejala halusinasi, waham, dan gejala-gejala psikosis aktif yang menonjol (misalnya: kebingungan dan inkoheren) atau memenuhi kriteria skizofrenia tetapi tidak dapat digolongkan pada tipe paranoid, katatonik, hebefrenik, dan residual. Sedangkan menurut Ikawati (2011) dalam Aryani & Sari (2016) mengungkapkan bahwa ciri utama skizofrenia tak terperinci adalah ada gejala psikotik tapi tidak memenuhi kriteria paranoid dan katatonik. Skizofrenia tak terperinci merupakan tipe yang mempunyai gejala positif yang menonjol atau memenuhi kriteria skizofrenia tetapi tidak dapat digolongkan pada tipe skizofrenia yang lain (Fahrul, Mukaddas, & Fautine, 2014). Pada kasus pasien mengalami skizofrenia tipe tak terperinci (F20.3) dengan gejala positif yaitu halusinasi pendengaran, terkadang tampak kebingungan saat ditanya oleh perawat, seperti pasien tampak lama diam saat ditanya kemudian bila perawat menanya ulang maka pasien bisa menjawabnya dan terkadang pasien meminta perawat mengulangi pertanyaan dan terkadang tampak inkoheren/tidak nyambung dalam berbicara. Halusinasi merupakan salah satu gejala psikotik yang merupakan kriteria diagnostik skizofrenia (Fahrul, Mukaddas, & Fautine, 2014). Pada kasus penulis menemukan gejala halusinasi, seperti pasien mendengar suara-suara, melihat kesatu arah dan pasien senang menyendiri. Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yang dialami pasien.

Menurut Stuart (2016) mengatakan bahwa penatalaksanaan skizofrenia yaitu terapi antipsikotik atipikal dan antipsikotik tipikal. Menurut Howland (2011) dalam (Stuart, 2016) mengatakan bahwa sama seperti antipsikotik tipikal, antipsikotik atipikal juga memperbaiki gejala positif namun beda dengan obat tipikal, obat golongan atipikal juga memperbaiki gejala-gejala negatif. Adapun jenis-jenis obat atipikal yaitu Aripiprazole, Asanapine, Clozapine, Iloperidone, Lurasidone, Olanzapine, Paliperidone, Risperidone, Quetiapine, dan Ziprasidone. Sedangkan terapi antipsikotik tipikal berfungsi untuk menurunkan gejala-gejala positif skizofrenia. Adapun jenis-jenis obat yang termasuk obat antipsikotik tipikal yaitu *Phenothiazines*, Chlorpromazine, Thioridazine, Mesoridazine, Perphenazine, Trifluoperazine, Fluphenazine, Fluphenazine decanoates, Thioxanthene, Thiothixene, Butyrophenone, Haloperidol, Haloperidol decanoate, Diphenzoxazepine, Loxapine, Diphenylbutypiperridine, dan Pimozide. Pada kasus saat ini pasien mendapatkan terapi Crorilex 1x25 mg/hari, Onzapin/Olanzapine 1x10 mg/hari, dan Trihexyphenidyl 1x2mg/hari. Menurut MIMS (2015) terapi Clorilex merupakan pengobatan antipsikotik atipikal yang memiliki komposisi Clozapine yang diindikasikan untuk pasien skizofrenia yang tidak responsif atau intoleransi dengan neuroleptik klasik. Sedangkan Onzapin/Olanzapine adalah jenis pengobatan antipsikotik atipikal yang memiliki komposisi Olanzapine yang diindikasikan untuk terapi akut dan pemeliharaan untuk skizofrenia dan psikosis lain dengan gejala-gejala positif (seperti delusi, halusinasi, gangguan berfikir, bermusuhan dan curiga) dan gejala-gejala negatif (seperti *flattered effect*, penarikan diri secara emosional dan sosial, serta kesulitan berbicara) menonjol. Adapun untuk terapi Trihexylpenidyl berisifat anti parkinson yaitu untuk mengurangi efek samping yang dihasilkan dari kedua obat tersebut. Jadi, tidak ada kesenjangan antara pemberian obat dengan kasus pasien. Selain itu, ini merupakan salah satu peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan (*care giver*), pendidik (*educator*) advokat, dan kolaborator, sehingga memang perlu perawat mengetahui dan memahami konsep medis.

B. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut (Nurhalimah, 2018) mengemukakan bahwa faktor prediposisi pada pasien yang mengalami gangguan sensori persepsi: halusinasi adalah faktor psikologis yang meliputi memiliki riwayat kegagalan yang berulang, menjadi korban perilaku maupun saksi dari perilaku kekerasan serta kurangnya kasih sayang dari orang-orang yang berarti bagi pasien serta perilaku orang tua yang *overprotektif*, pada kasus penulis menemukan bahwa beberapa faktor psikologis yaitu kehilangan orang yang dicintai. Pasien mempunyai riwayat kehilangan orang yang dicintai yaitu ayah dan kekasih (pacar). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Rinawati & Moh (2016), dimana individu yang mengalami kehilangan 7,6% atau setara dengan 13 pasien dari 46 pasien lebih beresiko mengalami gangguan jiwa. Sedangkan menurut Restiana & Fani (2016) mengatakan bahwa faktor presipitasi yang paling banyak menjadi pencetus gangguan jiwa adalah kehilangan orang yang berarti yaitu mencapai 42% atau setara dengan 10 pasien dari 24 pasien. Hal tersebut dikarenakan setiap individu akan melalui setiap tahapan kehilangan, tetapi cepat atau lamanya seseorang melaluinya bergantung pada coping individu dan sistem dukungan sosial yang tersedia, bahkan stagnasi pada satu fase marah atau depresi. Jika individu tetap berada di satu tahap dalam waktu yang sangat lama bahkan bertahun-tahun dan tidak mencapai tahap penerimaan, disitulah dapat terjadi gangguan jiwa pada seseorang.

Faktor prediposisi terjadinya gangguan jiwa pada pasien adalah menjadi korban aniaya fisik, dimana menjadi korban aniaya fisik adalah seorang yang mengalami penderitaan fisik. Menurut Nurhalimah (2018) mengemukakan bahwa faktor prediposisi pada pasien yang mengalami gangguan sensori persepsi: halusinasi adalah faktor psikologis yang meliputi memiliki riwayat kegagalan yang berulang, menjadi korban perilaku maupun saksi dari perilaku kekerasan serta kurangnya kasih

sayang dari orang-orang yang berarti bagi pasien serta perilaku orang tua yang overprotektif. Hal ini dibuktikan dengan hasil pengkajian yaitu saat berusia 27 tahun pasien pernah menjadi korban aniaya fisik oleh abang ketiganya. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Rinawati & Moh (2016) yang mengemukakan bahwa 13,4% atau setara dengan 23 pasien dari 46 pasien lebih beresiko mengalami gangguan jiwa. Hal tersebut dikarenakan konflik yang tidak terselesaikan dengan teman atau keluarga akan memicu seseorang mengalami stresor berlebihan namun mekanisme kopingnya buruk, maka akan membuat pasien mengalami gangguan jiwa.

Menurut Nurhalimah (2018) mengemukakan bahwa tanda dan gejala gangguan sensori persepsi: halusinasi yaitu mendengarkan suara-suara, mendengarkan suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya, melihat bayangan, melihat hantu atau monster, mencium bau-bauan seperti bau darah, urine, merasakan rasa seperti darah, urin dan feses, merasakan takut atau senang dengan halusinasinya, pasien tampak berbicara atau tertawa sendiri, tampak marah-marah tanpa sebab, tampak mengarahkan telinga ke arah tertentu, tampak mencium sesuatu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu, dan tampak menggaruk-garuk permukaan kulit, pada kasus ditemukan pasien mengatakan pada tanggal 25 Desember 2019 pernah mendengar suara-suara yang mengatakan “Kamu tidak normal”. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Townsend (2005) dalam Muttar (2011) mengatakan bahwa tanda dan gejala halusinasi yaitu pasien mendengar suara dengan stimulus yang tidak ada.

Menurut Nurhalimah (2018) mengatakan bahwa halusinasi memiliki 4 tahap yaitu tahap 1 dimana halusinasi bersifat menenangkan dan tingkat ansietas pasien sedang. Pada tahap ini halusinasi secara umum menyenangkan, tahap 2 dimana halusinasi bersifat menyalahkan, pasien mengalami ansietas tingkat berat dan halusinasi bersifat menjijikkan

untuk pasien, tahap 3 dimana halusinasi mulai mengendalikan perilaku pasien, dan pasien berada pada tingkat ansietas berat. Pengalaman sensori menjadi menguasai pasien, tahap 4 yaitu halusinasi pada saat ini, sudah sangat menakutkan dan tingkat ansietas berada pada tingkat panik. secara umum halusiansi menjadi lebih rumit dan saling terkait dengan delusi. Pada kasus ditemukan pasien termasuk dalam *condemning* halusinasi dimana pasien mendengar suara yang mengatakan “Jangan marah-marah” dan pasien mengatakan tidak suka dengan suara itu karena berisik dan sangat mengganggu. Hal ini sama pernyataan bahwa tahap *condemning* merupakan tingkat ansietas berat yang menyalahkan dimana pengalaman indrawi menjijikkan dan menakutkan. Pasien dengan yang mengalami halusinasi mulai merasa kehilangan kendali dan mungkin mencoba untuk menjauhkan diri dari sumber yang dirasakan (Stuart, 2016).

Faktor pendukung yang mempermudah perawat dalam melakukan pengkajian adalah kerjasama dari perawat ruangan yang memberikan informasi tentang pasien selama di ruangan kepada penulis, buku register yang terdapat catatan perkembangan pasien, waktu yang telah diluangkan pasien selama proses pengkajian dan interaksi serta pasien tampak kooperatif. Sedangkan faktor penghambat selama penulis melakukan pengkajian merupakan pengalaman pertama berinteraksi dan berkomunikasi langsung dengan pasien gangguan jiwa.

2. Diagnosa Keperawatan

Penulis melakukan analisa data dan menemukan data yang dikelompokkan sesuai dengan masalah keperawatan. Masalah keperawatan yang ditemukan antara lain gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran, resiko perilaku kekerasan, isolasi sosial, harga diri rendah kronik, koping individu tidak efektif, dan koping keluarga tidak efektif. Setelah penulis membuat analisa masalah maka penulis membuat pohon masalah. Pohon masalah yang disusun yaitu diagnosa

koping keluarga tidak efektif sebagai *causa*, diagnosa koping individu tidak efektif sebagai *causa*, diagnosa harga diri rendah sebagai *causa*, diagnosa isolasi sosial sebagai *causa*, diagnosa gangguan sensori persepsi: halusinasi sebagai *core problem* dan diagnosa resiko perilaku kekerasan sebagai *effect*. Pertimbangan penulis menentukan prioritas masalah dimana diagnosa pertama adalah gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran, diagnosa kedua yaitu resiko perilaku kekerasan, diagnosa ketiga yaitu isolasi sosial, diagnosa keempat yaitu harga diri rendah kronik dan diagnosa kelima yaitu koping individu tidak efektif. Adapun alasan ditegakkan diagnosa keperawatan utama gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran karena pada saat pengkajian dan observasi, data yang sering muncul dan mengancam kehidupan pasien adalah gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

Faktor pendukung yang mempermudah dalam merumuskan diagnosa adalah sumber referensi yang jelas dan adanya data yang sesuai dengan diagnosa khususnya untuk pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi. Sedangkan faktor penghambat selama proses pengangkatan diagnosa tidak ada.

3. Perencanaan keperawatan

Dinarti & Mulyanti (2017) mengemukakan bahwa dalam menyusun rencana keperawatan digunakan kriteria SMART yaitu *Spesific, Measurable, Achievable, Reasonable, dan Time*, dalam kasus perawat telah menggunakan kriteria SMART, yaitu *Spesific* yang diterapkan dalam menyusun rencana tindakan keperawatan berupa strategi pelaksanaan (SP), strategi pelaksanaan disesuaikan dengan diagnosa yang diangkat yaitu gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran. *Spesific* dapat ditemukan pada pembuatan tujuan dimana penulis membuat tujuan khusus. Tujuan khusus mempunyai capaian tersendiri pada setiap pointnya. *Measurable* yaitu perawat dapat mengukur

perkembangan pasien berdasarkan evaluasi, artinya dapat dilihat dari kriteria hasil, seperti contoh pasien mampu menyebutkan 5 dari 5 benar cara minum obat. *Achievable* yaitu dalam setiap SP disesuaikan dengan kondisi, sikap, dan pengetahuan pasien, sehingga keberhasilan dari target yang ingin dicapai disesuaikan dengan kondisi dan kemampuan pasien, seperti contoh pasien sudah bisa melakukan cara menghardik maka penulis membuat perencanaan yaitu membudayakan cara menghardik dengan benar. *Reasonable*, dimana dalam setiap tindakan keperawatan yang dilakukan memiliki sebuah rasional, seperti contoh pasien tampak ingin berjabat tangan dengan perawat dan ingin berbicara dengan perawat, serta cukup kooperatif, maka dengan begitu dalam 2 kali pertemuan pasien dapat mencapai semua kriteria hasil dengan baik. *Time*, yaitu dalam setiap perencanaan perawat mencantumkan waktu spesifik untuk mencapai setiap kriteria kemampuan yang ingin dicapai. Pada teori *time* menunjukkan lamanya perawatan dalam jumlah jam sedangkan dalam keperawatan jiwa *time* berarti kuantitas dan kualitas setiap pertemuan, seperti contoh SP 1 direncanakan 3x pertemuan dengan lama 15-30 menit.

Sutejo (2017) mengemukakan bahwa perencanaan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi meliputi 4 tujuan khusus (TUK) yaitu TUK 1 dimana pasien diharapkan dapat membina hubungan saling percaya, TUK 2 dimana pasien diharapkan dapat mengenal halusinasi, TUK 3 dimana pasien diharapkan dapat mengontrol halusinasinya, dan TUK 4 dimana pasien diharapkan dapat memanfaatkan obat dengan baik.

Pelaksanaan TUK untuk diagnosa gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran dirangkum dalam bentuk strategi pelaksanaan (SP), yang terdiri dari SP 1 sampai SP 4. Adapun untuk SP 1 perawat merencanakan 3 kali pertemuan. Hal ini dikarenakan pasien tampak ingin berjabat tangan dengan perawat dan ingin berbicara kepada

perawat, serta cukup kooperatif maka dengan begitu pasien dapat mencapai kriteria hasil dengan baik. Adapun untuk SP 2 direncanakan sebanyak 2 kali pertemuan. Hal ini atas dasar pertimbangan perawat, dimana pasien cukup kooperatif, maka dengan begitu diharapkan pasien dalam 2 kali pertemuan dapat mencapai semua kriteria hasil dengan baik. Adapun untuk SP 3 dan 4 masing-masing direncanakan untuk dilakukan sebanyak 2 kali. Hal ini dikarenakan pasien mau diajak untuk berbicara dan mau mengikuti intruksi dari perawat, maka dengan dalam 2 kali pertemuan pasien dapat mampu mencapai semua kriteria hasil dengan baik. Keliat & Pawirowiyono (2015) mengemukakan bahwa terapi aktivitas kelompok (TAK) pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran dapat membantu pasien untuk berinteraksi secara bertahap.

TAK pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran meliputi 5 sesi. TAK sesi 1 bertujuan untuk melatih pasien agar mampu mengenal isi halusinasi, mengenal waktu terjadinya halusinasi, mengenal situasi terjadinya halusinasi, dan mengenal perasaannya pada saat terjadi halusinasi. TAK sesi 2 bertujuan untuk melatih pasien agar mampu menjelaskan cara yang selama ini dilakukan untuk mengatasi halusinasi, memahami cara menghardik halusinasi dan dapat memperagakan cara menghardik halusinasi. TAK sesi 3 bertujuan untuk melatih pasien agar mampu memahami pentingnya melakukan kegiatan untuk mencegah munculnya gangguan sensori persepsi: halusinasi dan menyusun jadwal kegiatan untuk mencegah terjadinya gangguan sensori persepsi: halusinasi. TAK sesi 4 bertujuan untuk melatih pasien agar mampu memahami pentingnya bercakap-cakap dengan orang lain untuk mencegah munculnya halusinasi dan bercakap-cakap dengan orang lain. TAK sesi 5 bertujuan untuk melatih pasien agar mampu menyebutkan 5 benar minum obat, keuntungan minum obat dan menyebutkan akibat tidak patuh minum obat. TAK stimulasi persepsi: halusinasi direncanakan akan dilakukan 5 sesi. Menurut

penelitian yang dilakukan Tokalese, Nasrul, & Aminuddin (2016) mengatakan bahwa pelaksanaan TAK berpengaruh terhadap kemajuan perawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi.

Faktor pendukung penulis dalam menulis yaitu tersedianya sumber-sumber yang mendukung dalam membuat perencanaan keperawatan ini. Sedangkan faktor penghambat selama proses pembuatan rencana tidak ada.

4. Implementasi Keperawatan

Menurut Trimelia (2011) mengatakan bahwa implementasi keperawatan adalah bina hubungan saling percaya dimana dalam membina hubungan saling percaya perlu dipertimbangkan bahwa pasien merasa aman dan nyaman saat berinteraksi dengan perawat. Kemudian melatih pasien mengontrol gangguan sensori persepsi: halusinasi, maka perawat dapat melatih pasien 4 cara yang sudah terbukti dapat mengendalikan halusinasi yang meliputi menghardik halusinasi, dimana menghardik halusinasi merupakan upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul, sehingga gangguan sensori persepsi: halusinasi tersebut terputus. Kemudian bercakap-cakap dengan orang lain, dimana ketika bercakap-cakap dengan orang lain maka pasien akan terjadi distraksi, fokus perhatian akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain tersebut, sehingga halusinasi yang muncul akan terputus dan juga dicegah untuk tidak muncul lagi. Kemudian melakukan aktivitas yang terjadwal. Dengan aktivitas secara terjadwal, pasien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang seringkali mencetuskan gangguan sensori persepsi: halusinasi.

Strategi pelaksanaan (SP), yang terdiri dari SP 1 sampai 4. Adapun untuk SP 1 direncanakan 3 kali pertemuan namun pelaksanaan tindakan hanya 1 kali. Hal ini dikarenakan pasien tampak ingin berjabat tangan

dengan perawat dan ingin berbicara kepada perawat, serta cukup kooperatif sehingga pada saat dievaluasi telah mencapai kriteria evaluasi yang diharapkan. Adapun untuk SP 2 direncanakan sebanyak 2 kali namun pelaksanaan tindakan hanya 2 kali. Hal ini atas dasar pertimbangan perawat, dimana pada SP 2 pertemuan 1 pasien cukup kooperatif namun pasien tidak terlalu lancar dalam menyebutkan nama obat dan dosis obat yang harus dikonsumsi. Adapun untuk SP 2 pertemuan 2 pada saat dievaluasi pasien telah mencapai semua kriteria hasil yaitu dapat menyebutkan 5 benar minum obat. Adapun untuk SP 3 dan 4 belum dapat terealisasi atau tidak dapat dilaksanakan karena keterbatasan waktu praktik klinik yang sudah terjadwal.

Pada pelaksanaan TAK direncanakan 5 sesi namun hanya dilakukan 1 sesi. Hal itu terjadi karena penulis hanya mengikuti pemberian TAK gangguan sensori persepsi: halusinasi sebanyak 1 kali yaitu sesi 1 dimana tujuannya pasien dapat mengenal halusinasinya, waktu terjadinya halusinasi, situasi terjadinya halusinasi, dan perasaannya saat terjadi halusinasi. Penulis melakukan operan ke perawat ruangan untuk pelaksanaan sesi berikutnya. Hal ini dikarenakan waktu praktik klinik yang sudah selesai.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan pelaksanaan keperawatan adalah pasien dapat percaya kepada perawat sehingga mempermudah untuk melakukan pelaksanaan keperawatan. Faktor penghambat dalam melakukan pelaksanaan keperawatan yaitu untuk pelaksanaan tidak ada kendala namun untuk kelanjutan pelaksanaan terapi khususnya TAK diserahkan kepada perawat ruangan.

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Allender dan Spradley (2001) dalam Astuti (2014) mengungkapkan bahwa evaluasi keperawatan adalah membandingkan data yang terkumpul dengan tujuan dan pencapaian tujuan atau kegiatan

yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria hasil dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilan. Menurut Fiedman, Bowden & Jones (2003) dalam Astuti (2014) menyatakan bahwa dalam evaluasi dapat dilihat dengan tidak berhasil, kurang berhasil, atau berhasil dalam setiap implementasi yang dilakukan sehingga jika terdapat implementasi yang tidak atau berhasil perlu rencana keperawatan yang baru. Pada tahap evaluasi yang dilakukan meliputi evaluasi formatif dengan menilai hasil implementasi secara bertahap sesuai dengan kegiatan yang dilakukan secara kontak pelaksanaan atau evaluasi SOAP, sedangkan evaluasi sumatif dengan menilai secara keseluruhan terhadap pencapaian diagnosa keperawatan rencana yang dilanjutkan, diteruskan, sebagian, diteruskan dengan perubahan intervensi atau dihentikan, dan menilai tingkat kemandirian pasien.

Sebelum dilakukan pelaksanaan keperawatan, pasien mengatakan mendengar suara perempuan, pasien mengatakan suara perempuan itu mengatakan “Jangan marah-marah”, pasien mengatakan suara itu muncul 3x/hari, pasien mengatakan suara itu muncul saat pasien sedang berdiam diri, menyendiri, dan tidak melakukan aktivitas, pasien mengatakan suara-suara tersebut muncul pada pagi hari sekitar pukul 06.00 WIB, sore hari pukul 17.00 WIB, dan malam hari pukul 21.00 WIB, pasien mengatakan suara itu muncul tidak lama (kurang lebih 1-2 menit) pasien mengatakan respon pasien dengan halusinasinya adalah tidak suka dengan suara itu karena berisik dan sangat mengganggu, pasien mengatakan upaya yang dilakukan untuk mengatasi halusinasinya yaitu hanya diam dan terkadang menjawab suara-suara itu dengan mengatakan “Apa sih, saya tidak marah-marah”, pasien tampak tegang saat diajak berbicara, pasien tampak melihat ke satu arah, saat berinteraksi dengan pasien, sesekali pasien menggerakkan bibirnya tanpa mengeluarkan suara (kurang lebih 2 detik), dan pasien tidak mampu memulai pembicaraan. Ketika penulis sudah melakukan

pelaksanaan keperawatan kepada pasien, tanda dan gejala yang dialami pasien sudah mulai berkurang seperti suara halusinasi muncul 1x/hari yaitu pada pukul 11.00 WIB, saat berinteraksi pasien tidak melihat ke satu arah dan tidak menggerakkan bibirnya tanpa mengeluarkan suara serta pasien tampak dapat melakukan menghardik dan dapat menyebutkan 5 benar minum obat.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan didapatkan hasil meliputi pada evaluasi SP 1 dengan pertemuan sebanyak satu kali kemampuan mengontrol halusinasi pasien bertambah, serta tanda dan gejala pasien belum berkurang. Pasien sudah mampu untuk melakukan cara menghardik secara mandiri.

Pada evaluasi SP 2 dengan pertemuan sebanyak 2 kali, pasien sudah memahami bahwa minum obat sangat penting dan diminum sesuai dengan waktunya. Adapun untuk pertemuan 1 pasien masih belum dapat menyebutkan nama obat dan dosis obat yang pasien konsumsi. Namun pada saat pertemuan 2 pasien dapat menyebutkan kelima benar minum obat.

Pada evaluasi TAK sesi 1 yaitu pasien tampak kooperatif dalam mengikuti kegiatan TAK sesi 1, mampu mengenal halusinasinya, mampu mengetahui waktu terjadi halusinasinya, mampu mengetahui situasi terjadi halusinasi yang dialaminya, dan mampu mengungkapkan perasaannya saat halusinasinya muncul.

Pada evaluasi sumatif yaitu secara umum kemampuan pasien meningkat dalam mengontrol halusinasi serta tanda dan gejala yang muncul pada pasien mulai berkurang.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Penulis mendapat pasien dengan diagnosa skizofrenia tak terinci. Skizofrenia tak terinci atau F.20.3 merupakan skizofrenia dengan gejala positif yaitu halusinasi pendengaran, dimana halusinasi menunjukkan tanda dan gejala yaitu pasien mendengar suara-suara, melihat kesatu arah dan pasien senang menyendiri. Penatalaksanaan medik pada kasus skizofrenia tak terinci (F.20.3) anatara lain pemberian terapi antipsikotik atipikal dan anti parkinson dimana pada kasus sudah sesuai dengan tata laksana medik.

Pengkajian keperawatan jiwa khususnya halusinasi ditemukan faktor predisposisi antara lain pasien mengalami kehilangan, aniaya fisik dan faktor pretisipitasi pada kasus adalah pasien pernah mendengar suara-suara yang mengatakan pasien tidak normal, pernah diancam oleh teman kakak ketiganya, pernah dituntut dan diancam oleh keluarganya. Halusinasi pasien berada pada tahap *condemning* ditandai dengan gejala pasien mendengar suara perempuan mengatakan “Jangan marah-marah”, muncul pada saat pasien menyendiri, muncul 3 kali sehari pukul 06.00 WIB, 17.00 WIB, dan 21.00 WIB dengan durasi kurang lebih 1-2 menit, respon pasien yaitu tidak suka karena berisik dan sangat mengganggu serta upaya yang dilakukan untuk mengatasinya yaitu hanya diam dan terkadang menjawab suara itu.

Penulis membuat pohon masalah kemudian membuat diagnosa keperawatan. Pohon masalah yang muncul antara lain *core*

problem adalah gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran, *causa* koping keluarga tidak efektif, *causa* koping individu tidak efektif, *causa* harga diri rendah kronik, *causa* isolasi sosial, dan *effect* resiko perilaku kekerasan. Tahapan proses keperawatan selanjutnya adalah perencanaan dengan menggunakan prinsip SMART dengan tujuan dapat memberikan perencanaan dengan tepat kepada pasien. Pelaksanaan dan implementasi dilakukan selaras dimana perawat harus memperhatikan kondisi *here and now* dari pasien. Evaluasi yang digunakan adalah sumatif dan formatif.

B. Saran

1. Bagi Mahasiswa
 - a. Mahasiswa diharapkan dapat terus mengembangkan kemampuan komunikasi teraupetik untuk merawat pasien dengan gangguan jiwa.
 - b. Mahasiswa meningkatkan ide penelitian di area keperawatan jiwa untuk memperbanyak wawasan dalam penelitian atau research ilmiah.
2. Bagi Institusi

Sebaiknya diadakan kunjungan terlebih dahulu sebelum memulai praktik ke lapangan agar mahasiswa mempunyai gambaran nyata.
3. Bagi Rumah Sakit Khusus Duren Sawit

Rumah Sakit Khusus Duren Sawit diharapkan dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan meningkatkan kembali *caring*.

DAFTAR PUSTAKA

- Andini, Vici., Febriana sabrian., & Fathra Annis Nauli. (2018). Persepsi perawat puskesmas tentang peran perawat sebagai edukator di puskesmas se-kota pekanbaru. *Fakultas keperawatan universitas Riau*, 2.
- Anelia, Nicky. (2012). Hubungan Tingkat Stres dengan Mekanisme Koping pada mahasiswa Reguler Program Profesi Ners FIK UI Tahun Akademik 2011/2012. *Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Depok*.
- Anggarawati, Tuti., & Novita Wulan Sari. (2016). Kepentingan Bersama Perawat-Dokter Dengan Kualitas Pelayanan Keperawatan. *Akper Kesdam IV/Diponerogo*, 2.
- Aryani, Fina., & Oelan Sari. (2016). Gambaran Pola Penggunaan Antipsikotik Pada Pasien Skizofrenia di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa. *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi*, 6 (1), 35-40.
- Astuti, Sopi Puji.. (2014). Variasi Menu Makanan yang Mengandung Zat Besi untuk Mengatasi Masalah Anemia pada Remaja. *Skripsi. Fakultas Ilmu Keperawatan Program Studi Ners* .
- Bayu, S Fierman, Nofrida Saswati., & Sutinah. (2018). Gambaran Kemampuan megontrol halusinasi klien skizofrenia di Ruang Rawat inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi.Jurnal riset informasi kesehatan. *Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Harapan Ibu Jambi*, 2.
- Dinarti, & Yuli Mulyanti. (2017). *Bahan Ajar Keperawatan Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Kementrian kesehatan RI.
- Elshinta.com. (2018). *Southeast Asia Mental Health Forum 2018 Bahas kesehatan jiwa dan akses penanganannya*. Dipetik Maret 5, 2020.12.00, dari <https://elshinta.com/ekspos/52/southeast-asia-mental-health-forum-2018-bahas-kesehatan-jiwa-dan-akses-penanganannya>

- Elvira, Sylvia D., & Gitayanti Hadisukanto. (2014). *Buku Ajar Psikiatri*. Jakarta: Badan Penerbitan FKUI.
- Fahmawati, Fitriana Ridha., Weni Hastuti., & Wijayanti. (2019). Upaya Minum Obat untuk Mengontrol Halusinasi pada Pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran. *Program DIII Keperawatan ITS PKU Muhammadiyah Surakarta*, 1-18.
- Fahrul, Mukaddas, A., & Fautine, I. (2014). Rasionalitas Penggunaan Antiseptik pada Pasien Skizofrenia di Instalasi Rawat Inap Jiwa RSD Madani Provinsi Sulawesi Tengah Periode Januari-April 2014. *Online Jurnal of Natural Science*, 3 (2), 18-28.
- Gobe, Merry Gledis Sixten., Mulyadi., & Reginus T malara. (2016). Hubungan peran perawat sebagai Care Giver dengan tingkat kepuasan pasien Instalasi Gawat darurat di RSU, Gmibm Monompia Kotamobagu Kabupaten Bolaang Mangondow. *Program Studi Ilmu Keperawatan*, 1&5.
- Hidayat, (2012). *Gambaran Prediposisi Berhubungan dengan terjadinya Gangguan Skizofrenia di Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Jakarta Timur*. Jakarta: Skripsi.
- Kala, Asni., & Dahrianis. (2014). Pengaruh TAK Simulasi Persepsi Terhadap Kemampuan Pasien dalam Mengontro Halusinasi di Ruang Kenari RSKD Provinsi Sel-Sel. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 4 (2), 157-162.
- Kandar, & Dwi Indah Iswati. (2019). Faktor Prediposisi dan Pretisipitasi Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 149-156.
- Keliat, Budi Anna. (2020). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Keliat, Budi Anna., & Akemat Pawirowiyono. (2015). *Keperawatan Jiwa Terapi Aktivitas Kelompok* . Jakarta: EGC.
- Maulana, I., Suryani, Sriati, A., Sutini, T., Rafiah, I., Oktavia, N., . . . Senjaya, S. (2019). Penyuluhan Kesehatan Jiwa untuk Meningkatkan Pengetahuan

- Masyarakat tentang Masalah Kesehatan Jiwa di Lingkungan Sekitarnya. *Fakultas Keperawatan, 2 (2)*, 218-225.
- MIMS. (2015). *MIMS petunjuk Konsultasi*. Jakarta: PT Bhuanta Ilmu Populer.
- Mumu, Gerson., Esther Tamunu., & Estefina Makausi. (2017). Hubungan peran perawat sebagai edukator dengan pemenuhan kebutuhan rasa aman pasien diruang rawat inap rumah sakit umum daerah Noongan. *Mahasiswa fakultas Keperawatan Universitas Sariputra Indonesia Tomohon, 2*.
- Mustajab, Quwwatun. (2020). The Family Therapy and Non-Family Therapy in Schizophrenia Patiens. *5tn ASEAN Conference on Psychology, Counselling, and Humanties University of Muhammadiyah Malang, 21*.
- Muttar, Munir. (2011). Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kesembuhan Klien Gangguan Halusinasi di Rumah Sakit Khusus Gangguan Halusinasi di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Provinsi Sulawesi Selatan. *Skripsi.Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar*.
- Nurhalimah. (2018). *Modul Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: AIPViKI.
- O'Brien, Patricia G., Winifred Z Kennedy., & Karen A Ballard.. (2013). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Psikiatri*. Jakarta: EGC.
- Permatasari, vera., Gamayanti., Witrin. (2016). Gambaran Penerimaan Diri (self-Acceptance) pada Orang yang Mengalami Skizofrenia. *Jurnal Ilmiah Psikologi, 3 (1)*, 139-152.
- Restiana, Nia., & Fani Sulistian.. (2016). Karakteristik Pasien yang Mengalami Gangguan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Tamansari. *Wilayah Kerja Puskesmas Tamansari, Jurnal Medika Cendikia*.
- Rinawati, Fajar., & Moh Alimansur. (2016). Analisa Faktor-faktor Penyebab Gangguan Jiwa Menggunakan Pendekatan Model Adaptasi Stress Stuart. *Jurnal Ilmu Kesehatan, 34-38*.

Riskesdas. (2013). *Riskesdas*. Jakarta: Kmenkes RI.

_____. (2018). *Riskesdas*. Jakarta: Kmenkes Ri.

Simamora, Nur Fauziah. (2019). Sifat dan tahap-tahap dalam proses keperawatan. *Fauziahnur754@gmail.com*, 1-6.

Stuart. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Buku 1*. Indonesia: Elsevier.

_____. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa buku 2*. Indonesia: Elsevier.

Sutejo. (2017). *Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Yogyakarta: PT Pustaka Baru.

Tokalese, J. F., Nasrul, & Aminuddin. (2016). Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Halusinasi Terhadap Kemajuan Perawatan pada Pasien Halusinasi di Ruangan Manggis Rumah Sakit Daerah Madani Palu. *Jurnal Kesehatan Prima*, 10 (2), 1717-1725.

Trimelia. (2011). *Asuhan keperawatan klien halusinasi*. Jakarta: TIM.

Tumanggor, Roxsana Devi. (2018). *Asuhan Keperawatan pada klien Skizofrenia dengan pendekatan Nanda, Noc, Nic, dan Isda*. Jakarta: Salemba Medika.

Umar, Firman., & Irdi. (2017). Penanganan Kasus Anak Korban Kejahatan Penganiayaan. *Jurnal Supremasi*, 1-8.

Yusuf, Ah., Rizky Fitryasari PK., & Hanik Endang Nihayati. (2015). *Buku ajar keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

Zahnia, Siti., & Dyah Wulan Sumekar. (2016). Kajian Epidemiologi Skizofrenia. *Bagian ilmu kedokteran komunitas dan ilmu kesehatan masyarakat, fakultas kedokteran, Universitas Lampung*, 160-166.

LAMPIRAN

SP 1 Pertemuan 1
Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan
Strategi Pelaksanaan 1 Diagnosa Gangguan Sensori
Persepsi: Halusinasi Pendengaran

Inisial nama: Tn.S

Hari/tanggal/ pukul: Senin, 6 Januari 2020, 11.00-11.30 WIB

A. Kondisi pasien:

Data subjektif:

1. Pasien mengatakan mendengar suara perempuan.
2. Pasien mengatakan suara perempuan itu mengatakan “Jangan marah-marah”.
3. Pasien mengatakan suara itu muncul saat pasien sedang berdiam diri, menyendiri, dan tidak melakukan aktivitas.
4. Pasien mengatakan suara itu muncul 3x/hari, suara-suara tersebut muncul pada pagi hari sekitar pukul 06.00 WIB, sore hari pukul 17.00 WIB, dan malam hari pukul 21.00 WIB.
5. Pasien mengatakan suara-suara itu muncul tidak lama yaitu kurang lebih 1-2 menit.
6. Pasien mengatakan respon pasien dengan halusinasinya adalah tidak suka dengan suara itu karena berisik dan sangat mengganggu.
7. Pasien mengatakan upaya yang dilakukan untuk mengatasi halusinasinya yaitu hanya diam dan terkadang menjawab suara-suara itu dengan mengatakan “Apa sih, saya tidak marah-marah”.

Data objektif:

1. Pasien tampak melihat ke satu arah.
2. Saat berinteraksi dengan pasien, sesekali pasien menggerakkan bibirnya tanpa mengeluarkan suara (kurang lebih 2 detik).

B. Diagnosa Keperawatan

Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

C. 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 gangguan sensori persepsi: halusinasi.
3. Jelaskan pengertian, penyebab, serta 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.

D. Komunikasi

1. Tahap pra-interaksi
Siapkan laporan pendahuluan, strategi pelaksanaan, asuhan keperawatan, pasien, dan diri perawat.
2. Tahap Orientasi
 - a. Salam teraupetik
“Selamat pagi pak, saya dengan suster Rini. Bapak bisa sebutkan namanya? bapak senang dipanggil apa?”.
 - b. Evaluasi
“Bagaimana perasaan bapak hari ini? Apakah bapak masih mendengar suara-suara tersebut?”.
 - c. Validasi
“Apa yang sudah bapak lakukan saat mendengar suara-suara?”.
 - d. Kontrak
 - 1) Topik dan tujuan
“Baik pak, sekarang kita akan membicarakan cara mengatasi suara-suara yang bapak dengar. Tujuannya supaya suara yang

bapak dengar dapat berkurang dan bapak bisa menggunakan cara ini sendiri. Apakah bapak setuju?”.

2) Waktu

“Bapak mau berapa lama kita membicarakan cara mengatasi suara tersebut?”.

3) Tempat

“Bagaimana kalau kita membicarakannya disini saja?”.

3. Tahapan kerja

a. Pengkajian

Baik pak, sekarang kita akan membahas tentang suara yang bapak dengar. Nah sekarang suster ingin bertanya apa yang dikatakan suara tersebut? berapa kali dalam satu hari? berapa lama suara itu muncul? kapan dan pada saat apa suara itu muncul? bagaimana perasaan bapak saat suara itu muncul? dan apa upaya bapak untuk menghilangkan halusinasi itu? apakah dengan upaya itu suara itu hilang?. Saya percaya apa yang bapak dengar, tetapi saya tidak bisa dengar suara tersebut.

b. Penjelasan

Bapak mohon maaf sebelumnya berdasarkan pengamatan saya dari tadi ditemukan bapak tampak tampak melihat kesatu arah, saat berinteraksi dengan perawat sesekali bapak menggerakkan bibir tanpa mengeluarkan suara (kurang lebih 2 detik) dan bapak mengatakan mendengar suara-suara yang hanya bapak sendiri yang mendengar namun perawat tidak mendengarnya. Tanda dan gejala yang saya sebutkan tadi bahwa bapak mengalami halusinasi. Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dimana seseorang mempersepsikan atau menganggap dibangku itu ada seorang wanita cantik. Hal itu hanya bapak sendiri yang melihatnya tetapi kami tidak melihatnya. Gangguan sensori persepsi: halusinasi dibedakan menjadi 5, yang pertama yaitu gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran, yang kedua halusinasi gangguan sensori persepsi: penglihatan, yang ketiga gangguan sensori persepsi: halusinasi penghidu, yang keempat gangguan sensori persepsi: halusinasi

pengecapan dan kelima yaitu gangguan sensori persepsi: halusinasi perabaan. Nah, cara mengatasi suara-suara yang bapak dengar yaitu dengan cara menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan melakukan aktivitas. Adapun cara menghardik yaitu dengan cara kedua tangan bapak menutup telinga sembari bapak katakan “Pergi-pergi kamu suara palsu saya tidak mau dengar”, lakukan itu berulang kali hingga suara itu hilang.

- c. Stimulasi: (perawat mencontohkan cara menghardik).
- d. Redemonstrasi: “Setelah saya contohkan sekarang waktunya bapak melakukan apa yang saya contohkan tadi. Wah, bapak hebat”.

4. Tahap Terminasi

- a. Evaluasi subjektif
“Bagaimana perasaan bapak setelah melakukan latihan ini?”.
- b. Evaluasi objektif
“Coba bapak ulangi lagi cara menghardik. Kalau suara itu muncul lagi, bapak bisa menggunakan cara itu secara sendiri ya”.
- c. Rencana tindak lanjut
“Bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya. Jadi bapak melakukan cara ini ketika mendengar suara-suara tersebut”.
- d. Rencana yang akan datang
“Besok kita akan bertemu lagi ya pak untuk pertemuan kedua yaitu mengontrol halusinasi dengan cara minum obat dengan prinsip 5 benar, tujuannya supaya bapak dapat minum obat dengan prinsip 5 benar, besok mau pukul berapa pak? mau diskusi dimana?”.

SP 2 Pertemuan 1
Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan
Strategi Pelaksanaan 2 Diagnosa Gangguan Sensori
Persepsi: Halusinasi Pendengaran

Inisial nama: Tn.S

Hari/tanggal/pukul: Selasa, 7 Januari 2020, 14.00-14.30 WIB

A. Kondisi pasien:

Data subyektif:

1. Pasien mengatakan mendengar suara perempuan.
2. Pasien mengatakan suara perempuan itu mengatakan “Jangan marah-marah”.
3. Pasien mengatakan suara itu muncul saat pasien sedang berdiam diri, menyendiri, dan tidak melakukan aktivitas.
4. Pasien mengatakan suara itu muncul 3x/hari, suara-suara tersebut muncul pada pagi hari sekitar pukul 06.00 WIB, sore hari pukul 17.00 WIB, dan malam hari pukul 21.00 WIB.
5. Pasien mengatakan suara-suara itu muncul tidak lama yaitu kurang lebih 1-2 menit.
6. Pasien mengatakan respon pasien terhadap gangguan sensori persepsi: halusinasinya adalah tidak suka dengan suara itu karena berisik dan sangat mengganggu.
7. Pasien mengatakan upaya yang dilakukan untuk mengatasi gangguan sensori persepsi: halusinasinya yaitu hanya diam dan terkadang menjawab suara-suara itu dengan mengatakan “Apa sih, saya tidak marah-marah”.
8. Pasien mengatakan akan mencoba lagi cara menghardik sendiri saat suara-suara itu muncul.

Data objektif:

1. Pasien tampak mampu menghardik.
2. Pasien tampak mampu dan yakin untuk terus belajar menghardik.

3. Saat berinteraksi dengan pasien, sesekali pasien menggerakkan bibirnya tanpa mengeluarkan suara (kurang lebih 2 detik).

B. Diagnosa keperawatan

Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

C. Tindakan keperawatan

1. Evaluasi tanda dan gejala halusinasi.
2. Validasi kemampuan pasien mengenal halusinasi dalam mengontrol gangguan sensori persepsi: 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.

D. Komunikasi

1. Tahap pra-interaksi
Siapkan laporan pendahuluan, strategi pelaksanaan, asuhan keperawatan, pasien, dan diri perawat.
2. Tahap orientasi
 - a. Salam teraupetik
“Salam pagi pak, masih ingat dengan suster?, banar ya pak dengan suster Rini”.
 - b. Evaluasi
“Bagaimana kabar bapak hari ini? Apakah masih mendengar suara-suara tersebut pada pagi, sore, dan malam hari?”.
 - c. Validasi
“Apa yang sudah bapak lakukan hari ini? apakah bapak sudah minum obat?, wah bagus pak”.

d. Kontrak

1) Topik dan tujuan

“Hari ini kita akan melatih kembali mengontrol halusinasi dengan cara kedua yaitu dengan minum obat. Tujuannya agar suara-suara yang muncul dapat dikurangi dan dicegah dengan 5 prinsip minum obat. Apakah bapak bersedia?”.

2) Waktu

“Waktunya mau berapa lama pak?”.

3) Tempat

“Tempatnya mau disini saja atau bagaimana pak?”.

3. Tahap kerja

a. Pengkajian

Baik pak, sekarang kita akan membahas tentang suara yang bapak dengar. Nah sekarang suster ingin bertanya apa yang dikatakan suara tersebut? berapa kali dalam satu hari? berapa lama suara itu muncul? kapan dan pada saat apa suara itu muncul? bagaimana perasaan bapak saat suara itu muncul?, apa upaya bapak untuk menghilangkan halusinasi itu?, dan apakah dengan upaya itu suara itu hilang?.

b. Penjelasan

“Baik pak, saya akan menjelaskan cara kedua yaitu dengan minum obat. Sekarang suster tanya, jumlah obat yang bapak minum berapa?, warnanya apa aja pak?, kapan saja bapak minum obat ini?, bapak tau efek samping dan fungsinya?, bapak tau jumlah dan waktu minum obat?, bagus ya pak. Jadi bapak punya 3 buah obat ketiga obat ini berwarna kuning yang membedakan obat ini adalah namanya. Obat ini semuanya ada tulisan nama bapak (Tn.S), ketiga obat ini diminum dengan cara dibawa kemulut dan telan. Obat yang pertama namanya Clorilex, gunanya untuk membuat bapak menghilangkan suara-suara itu/halusinasi itu ya. Obat ini diminum 1 kali dalam sehari yaitu pada siang hari pukul 12.00 WIB, efek

samping obat ini yaitu lelah, mengatuk, dan pusing. Obat yang kedua yaitu bernama Trihexyphenidyl (THP), dimana obat ini gunanya untuk meringankan efek samping dari kedua obat tersebut. Obat ini diminum 1 kali dalam sehari yaitu pada siang hari pukul 12.00 WIB Obat ketiga namanya Onzapine/olanzapine, obat ini gunanya untuk menghilangkan suara-suara yang bapak dengar tadi itu yang mana suara itu hanya bapak sendiri yang mendengarnya, efek samping obat ini yaitu tubuh merasa lelah dan meningkatkan nafsu makan. Obat ini diminum 1 kali dalam sehari yaitu pada malam hari pukul 19.00 WIB. Semua obat ini harus diminum teratur ya tidak boleh sampai putus atau berhenti”.

- c. Simulasi : (perawat mensimulasikan cara minum obat dengan prinsip 5 benar).
- d. Redemonstrasi : “Setelah saya contohkan sekarang waktunya bapak melakukan apa yang saya contohkan tadi. Wah, bapak hebat”.

4. Tahap Terminasi

- a. Evaluasi subjektif

“Bagaimana perasaan bapak setelah melakukan latihan ini? Apakah kemampuan bapak dalam mengontrol halusinasi bertambah?”.
- b. Evaluasi objektif

“Bisakah bapak ulangi lagi penjelasan 5 benar minum obat. Wah, bapak hebat, benar ya pak”.
- c. Rencana tindak lanjut

“Bapak masih ada kekurangan dalam menyebutkan nama dan dosis obat tadi. Jadi, diingat-ingat lagi ya pak dan bapak harus minum obat ini sesuai jadwalnya ya”.
- d. Rencana yang akan datang

“Baik pak, besok saya masih akan menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara minum obat ya yaitu dengan 5 benar minum obat. Mau pukul berapa pak? mau dimana pak?”.

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

Inisial nama : Tn.S

Hari/tanggal/pukul: Rabu, 8 Januari 2020, pukul 14.00-14.30 WIB

A. Kondisi pasien:

Evaluasi subjektif:

1. Pasien mengatakan masih mendengar suara-suara yaitu suara laki-laki dan suara perempuan walaupun sudah berkurang.
2. Pasien mengatakan suara yang pertama pasien dengar adalah suara laki-laki yang mengatakan menyuruh pasien pergi dari Rumah Sakit Duren Sawit ini. Pasien mengatakan suara yang kedua yaitu suara perempuan yang mengatakan hal yang sama yaitu menyuruh pasien pergi dari Rumah Sakit Duren Sawit ini.
3. Pasien mengatakan suara itu muncul saat pasien sedang berdiam diri, menyendiri dan tidak melakukan aktivitas.
4. Pasien mengatakan suara itu muncul 2 kali dalam sehari, suara-suara tersebut muncul pada pagi hari pukul 06.00 WIB dan pada siang hari pukul 12.00 WIB.
5. Pasien mengatakan suara itu muncul dengan durasi tidak lama (kurang lebih 1-2 menit).
6. Pasien mengatakan respon pasien terhadap halusinasinya yaitu tidak suka dengan suara-suara itu karena berisik dan sangat mengganggu.
7. Pasien mengatakan upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut yaitu dengan menutup telinga dan pasien mengatakan “Pergi-pergi kamu suara palsu aku tidak mau dengar”.
8. Pasien mengatakan bahwa pasien mempunyai 3 jenis obat namun pasien mengatakan lupa nama obatnya dan dosisnya. Pasien mengatakan obat ini punya saya Tn.S. Pasien mengatakan ketiga obat itu diminum dengan cara dibawa ke dalam mulut dan ditelan.

9. Menggunakan air minum. Pasien mengatakan obat pertama dan kedua diberikan pada siang hari pukul 12.00 WIB setelah makan dan obat ketiga diberikan pada malam hari pukul 19.00 WIB setelah makan.

Evaluasi objektif:

1. Pasien mampu melakukan cara menghardik dengan benar.
2. Pasien tampak mampu menyebutkan pasien, cara dan waktu minum obat namun pasien mengatakan masih lupa dengan nama obatnya serta dosisnya.
3. Pasien tampak mampu menjelaskan kegunaan dan efek samping obat.

B. Diagnosa keperawatan

Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

C. 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.

D. Komunikasi

1. Tahap pra-interasi
Siapkan laporan pendahuluan, strategi pelaksanaan, asuhan keperawatan, pasien, dan diri perawat.

2. Tahap orientasi

e. Salam teraupetik

“Salam pagi pak, masih ingat dengan suster? benar ya pak dengan suster Rini”.

f. Evaluasi

“Bagaimana kabar bapak hari ini? apakah masih mendengar suara-suara tersebut pada pagi dan malam hari?”.

g. Validasi

“Apa yang sudah bapak lakukan hari ini? apakah bapak sudah minum obat?, dan bapak masih cara minum obat dengan prinsip 5 benar?. Wah, bapak hebat”.

h. Kontrak

1) Topik dan tujuan

“Hari ini kita akan melatih kembali mengontrol halusinasi dengan cara kedua yaitu dengan minum obat. Tujuannya agar suara-suara yang muncul dapat dikurangi dan dicegah dengan 5 prinsip minum obat. Apakah bapak bersedia?”.

2) Waktu

“Waktunya masuk berapa lama pak?”.

3) Tempat

“Tempatnya mau disini saja atau bagaimana pak?”.

3. Tahap kerja

a. Pengkajian

Baik pak, sekarang kita akan membahas tentang suara yang bapak dengar. nah sekarang suster ingin bertanya apa yang dikatakan suara tersebut? berapa kali dalam satu hari? berapa lama suara itu muncul? kapan dan pada saat apa suara itu muncul? bagaimana perasaan bapak saat suara itu muncul?, dan apa upaya bapak untuk menghilangkan halusinasi itu?. Apakah dengan upaya itu suara itu hilang?.

b. Penjelasan

“Baik pak, saya akan menjelaskan cara kedua yaitu dengan minum obat. Sekarang suster tanya, jumlah obat yang bapak minum berapa?, warnanya apa aja pak?, kapan saja bapak minum obat ini?, bapak tau efek samping dan fungsinya?, bapak tau jumlah dan waktu minum obat?, bagus ya pak. Jadi bapak punya 3 buah obat ketiga obat ini berwarna kuning yang membedakan obat ini adalah namanya. Obat ini semuanya ada tulisan nama bapak (Tn.S), ketiga obat ini diminum dengan cara dibawa kemulut dan telan. Obat yang pertama namanya Clorilex, gunanya untuk membuat menghilangkan suara-suara itu/halusinasi bapak ya. Obat ini diminum 1 kali dalam sehari yaitu pada siang hari pukul 12.00 WIB, efek samping obat ini yaitu lelah, mengatuk, dan pusing. Obat yang kedua yaitu bernama Trihexyphenidyl (THP), dimana obat ini gunanya untuk meringankan efek samping dari kedua obat tersebut. Obat ini diminum 1 kali dalam sehari yaitu pada siang hari pukul 12.00 WIB. Obat ketiga namanya Onzapine/olanzapine, obat ini gunanya untuk menghilangkan suara-suara yang bapak dengar tadi itu yang mana suara itu hanya bapak sendiri yang mendengarnya, efek samping obat ini yaitu tubuh merasa lelah dan meningkatkan nafsu makan. Obat ini diminum 1 kali dalam sehari yaitu pada malam hari pukul 19.00 WIB. Semua obat ini harus diminum teratur ya tidak boleh sampai putus atau berhenti”.

c. Simulasi: (perawat mensimulasikan cara minum obat dengan prinsip 5 benar).

d. Redemonstrasi: “Setelah saya contohkan sekarang waktunya bapak melakukan apa yang saya contohkan tadi. Wah, bapak hebat”

4. Tahap Terminasi

a. Evaluasi subjektif

“Bagaimana perasaan bapak setelah melakukan latihan ini? apakah kemampuan bapak dalam mengontrol halusinasi bertambah?”.

b. Evaluasi objektif

“Bisakah bapak ulangi lagi penjelasan 5 benar minum obat. Wah, bapak hebat, benar ya pak”.

c. Rencana tindak lanjut

“Baik pak, bapak sudah bias menyebutkan 5 benar minum obat. Jadi ingat-ingat lagi ya pak dan bapak harus minum obat ini sesuai jadwalnya ya”.

d. Rencana yang akan datang

“Baik pak, besok kita akan melakukan terapi aktivitas kelompok yaitu bapak bersama teman-teman bapak. Mau berapa pukul berapa pak, bagaimana kalau sore hari pukul 3 sore (15.00 WIB)? mau dimana pak, bagaimana kalau diruang tenang laki-laki?”.

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Gangguan Sensosi Persepsi: Halusinasi

A. Latar Belakang

Menurut Stuart dan Laraia (2013) dalam Nurhalimah (2018) yang mendefinisikan halusinasi diantaranya dari panca indera tanpa adanya rangsangan (stimulus) eksternal. Halusinasi merupakan gangguan persepsi sensori dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi.

Terapi aktivitas kelompok merupakan salah satu terapi modalitas yang dilakukan perawat pada sekelompok pasien yang mempunyai masalah keperawatan yang sama. Terapi kelompok merupakan suatu psikoterapi yang dilakukan sekelompok pasien bersama-sama dengan jalan berdiskusi satu sama lain yang dipimpin atau diarahkan oleh seorang terapis. Program terapi aktivitas kelompok merupakan salah satu asuhan keperawatan dengan gangguan jiwa tidak hanya difokuskan pada aspek psikologis, fisik, dan sosial tetapi juga kognitif. Ada beberapa terapi modalitas yang dapat diterapkan salah satunya adalah terapi aktivitas kelompok Stimulasi persepsi.

B. Tujuan

Tujuan Umum:

Adapun tujuan dari TAK stimulasi persepsi adalah pasien mempunyai kemampuan untuk menyelesaikan masalah yang diakibatkan oleh paparan stimulus kepadanya.

Tujuan khusus:

1. Pasien dapat mengenal halusinasi.
2. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan menghardik.

3. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain.
4. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan aktivitas terjadwal.
5. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan meminum obat.

C. Waktu dan Tempat

Hari/tanggal/pukul : Kamis, 09 Januari 2020, pukul 15.00 WIB.

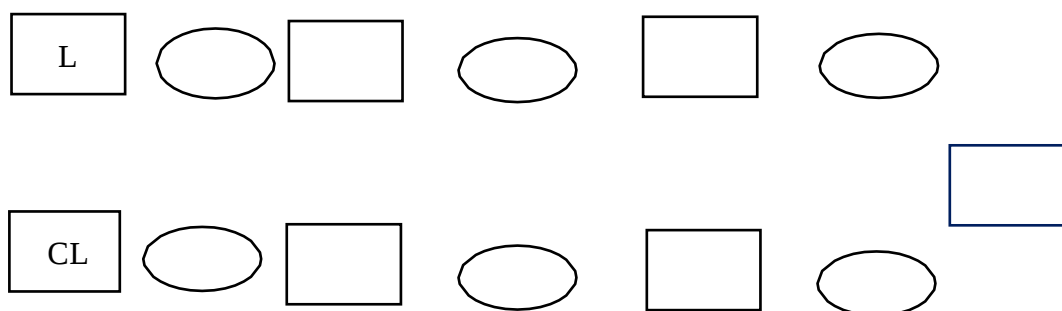
Tempat : Ruang Belimbing.

D. Metode

1. Dinamika kelompok.
2. Diskusi tanya jawab.

E. Media dan alat

1. Spidol dan white board.
2. Jadwal kegiatan harian.



F. Setting tempat

Keterangan:

L : Leader

CL : coleader



: fasilitator



: observer



: pasien

G. Pembagian Tugas

1. Peran Leader

- a) Memimpin jalannya kegiatan.
- b) Menyampaikan tujuan dan waktu permainan.
- c) Menjelaskan cara dan peraturan kegiatan.
- d) Memberi respon yang sesuai dengan perilaku pasien.
- e) Meminta tanggapan dari pasien atas permainan yang telah dilakukan.
- f) Memberi reinforcement positif pada pasien.
- g) Menyimpulkan kegiatan.

2. Peran Co-Leader

- a) Membantu tugas leader.
- b) Menyampaikan informasi dari fasilitator ke leader.
- c) Mengingatkan leader tentang kegiatan.
- d) Bersama leader menjadi contoh kegiatan.

3. Peran Observer

- a) Mengobservasi jalannya acara.
- b) Mencatat jumlah pasien yang hadir.
- c) Mencatat perilaku verbal dan non verbal selama kegiatan berlangsung.
- d) Mencatat tanggapan yang dikemukakan pasien.
- e) Mencatat penyimpangan acara terapi aktivitas.
- f) Membuat laporan hasil kegiatan.

4. Peran Fasilitator

- a) Memfasilitasi jalannya kegiatan.
- b) Memfasilitasi klien yang kurang aktif.
- c) Mampu memotivasi klien untuk kesuksesan acara.
- d) Dapat mengatasi hambatan-hambatan yang terjadi dari dalam /luar kelompok.

5. Peran Pasien

- a) Pasien yang kooperatif dengan riwayat halusinasi, waham dan ilusi
- b) Pasien dengan gangguan stimulasi persepsi: halusinasi sudah dapat berinteraksi dengan orang lain.
- c) Pasien yang sehat secara fisik dan bertoleransi terhadap aktivitas.
- d) Pasien tidak membahayakan orang lain.
- e) Pasien yang telah diberitahu oleh terapis sebelumnya.
- f) Pasien dapat berkomunikasi verbal dengan baik.

SESI I : gangguan sensori persepsi: halusinasi.

A. Tujuan

- 1. Pasien mengenal halusinasi.
- 2. Pasien mengenal waktu terjadinya halusinasi.
- 3. Pasien mengenal frekuensi halusinasi.
- 4. Pasien mengenal perasaan bila mengalami halusinasi.

B. Setting

- 1. Kelompok berada di ruang yang tenang.
- 2. Pasien duduk melingkar.

C. Alat

- 1. Sound system.
- 2. Spidol.
- 3. Papan tulis (white board).

D. Metode

1. Diskusi.
2. Tanya jawab.

E. Langkah-langkah kegiatan

1. Struktur kelompok

- a. Leader : Siti khodijah
- b. Co leader : Andika Dwi Putra
- c. Fasilitator : Rini
- d. Observer : Ajeng Triani, Zahrina Bunga Aziza
- e. Pasien : 5 orang
- f. Tanggal : 9 Januari 2020

2. Evaluasi Struktur

Dalam pelaksanaan TAK, mulai tepat waktu yaitu pukul 15.00 WIB, dengan jumlah pasien yang direncanakan 5 orang dan ikuti 5 orang. Alat media yang digunakan seperti sound system untuk membuat lagu-lagu saat pasien melakukan TAK, balon untuk menentukan siapa yang akan berbicara saat musik dihentikan dengan cara saat musik menyala balon di oper ke pasien lain sambil bergoyang, spidol untuk menulis di white board siapa saja yang berhasil menyebutkan dan mengenal halusinsinya (isi, waktu, situasi, dan perasaan pasien saat terjadi halusinasi), metode bermain telah sesuai dengan perencanaan, suasana saat kegiatan berlangsung menyenangkan, aman, dan kelima pasien tampak semangat, pasien duduk dibangku dan membentuk lingkaran memanjang dimana terapis berdiri berada dekat dengan pasien khususnya penulis berada dekat dengan pasien (Tn. Su) terkecuali liader dan co leader yang berada di depan untuk memandu kegiatan, peserta sepakat untuk mengikuti kegiatan sampai selesai serta sepakat mengikuti prosedur kegiatan. Leader, co leader, fasilitator, dan observer telah berperan dan melaksanakan kegiatan terapi aktivitas kelompok

dengan baik.

3. Evaluasi Proses

Dalam proses pelaksanaan TAK, leader telah membuat suasana menjadi semangat dan menyenangkan serta co leader jga berperan aktif dalam membantu leader. Fasilitator telah berperan dengan baik dalam memotivasi pasien mengikuti TAK, dimana penulis yaitu sebagai fasilitator terutama untuk pasien (Tn.Su). Pasien kooperatif dan mengikuti kegiatan TAK sesi 1 gangguan sensori persepsi: halusinasi dari awal hingga akhir, dan observer dapat mengobservasi kegiatan TAK gangguan sensori persepsi: halusinasi dengan semestinya.

4. Evaluasi Hasil

No	Aspek yang dinilai	Nama peserta TAK				
		(Tn.P)	(Tn.Sb)	(Tn.R)	(Tn.Su)	(Tn.F)
1	Menyebutkan isi halusinasi	1	1	1	1	1
2	Menyebutkan waktu terjadinya halusinasi	1	1	1	1	1
3	Menyebutkan situasi terjadinya Halusinasi	1	1	1	1	1
4	Menyebutkan perasaan bila halusinasi muncul	1	1	1	1	1
	Total	4	4	4	4	4

Petunjuk dilakukan = 1

Tidak dilakukan = 0

Semua pasien mengikuti TAK sesi 1 gangguan sensori persepsi: halusinasi dari awal sampai akhir kegiatan dengan hasil seperti yang tertera pada tabel. Semua pasien mampu menyebutkan isi halusinasi, waktu terjadinya halusinasi, situasi terjadinya halusinasi, dan perasaan saat terjadi halusinasi.