



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN.P DENGAN GANGGUAN SENSORI
PERSEPSI : HALUSINASI PENDENGARAN DI RUANG DELIMA
RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH DUREN SAWIT
JAKARTA TIMUR**

**Disusun oleh :
SEPYANI ISMAWATI
201701009**

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



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN.P DENGAN GANGGUAN SENSORI
PERSEPSI : HALUSINASI PENDENGARAN DI RUANG DELIMA
RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH DUREN SAWIT
JAKARTA TIMUR**

**Disusun oleh :
SEPYANI ISMAWATI
201701009**

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

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Sepyani Ismawati

NIM : 201701009

Institusi : Sekolah Tinggi Kesehatan Mitra

Keluarga Program Studi DIII

Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Nn.P Dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran Di Ruang Delima Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Jakarta Timur”** yang dilaksanakan pada tanggal 2 Januari 24 Januari 2020 adalah hasil karya sendiri dan semua sumber yang digunakan sudah saya nyatakan dengan benar. Orisinalitas makalah ilmiah ini tanpa ada unsur plagiarisme baik dalam aspek substansi maupun penulisan. Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya, bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia menanggung semua resiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.



LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Nn.P Dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran Di Ruang Delima Rumah Sakit Khusus Daerah 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 Study 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 Nn.P Dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran Di Ruang Delima Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Jakarta Timur" yang disusun oleh Sepyani Ismawati (201701009) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 09 Juni 2020.

Bekasi, 09 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 : Sepyani Ismawati
NIM : 201701009
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Nn. P Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Di Ruang Delima Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Jakarta Timur
Halaman : xiv+105+ 1 lampiran + 1 tabel
Pembimbing : Desi Pramujiwati

ABSTRAK

Latar Belakang: Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) pada 2018, bahwa penderita skizofrenia sudah mencapai 21 juta orang di dunia. Data dari Riset kesehatan dasar (RISKESDAS) tahun 2018, Jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia mencapai (9,8%) dari total penduduk Indonesia. Data di RSKD Duren Sawit selama bulan Oktober sampai dengan Desember tahun 2019 di ruang keloan sub akut perempuan menunjukkan pasien dengan halusinasi sebanyak (98,7%). Pentingnya peran perawat sebagai *care giver*, edukator dan juga kolabolator dalam asuhan keperawatan dengan pasien halusinasi.

Tujuan Umum : Karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Halusinasi.

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

Hasil : Hasil pengkajian dari faktor predisposisi yaitu kehilangan kedua orang tuanya yang telah meninggal dunia dan pola asuh permisif yang memanjakan pasien dan faktor presipitasi disebabkan oleh perundungan dan penolakan oleh lingkungan sekitar pasien. Data tersebut mendukung terjadinya gangguan jiwa, yaitu pengkajian persepsi yang menunjukkan halusinasi pendengaran, mekanisme koping yang di pakai pasien menarik diri. Setelah dilakukan tindakan keperawatan terapi individu SP 1-2 dengan melatih pasien mengontrol halusinasi sebanyak 3 kali pertemuan, terjadi peningkatan pasien mampu mengenali halusinasinya, mampu memahami 4 cara mengontrol halusinasi dan mampu mengontrol halusinasi dengan menghardik dan juga minum obat dengan 5 benar.

Kesimpulan dan Saran : Implementasi keperawatan jiwa sangat efektif kepada pasien dengan pemberian keterampilan mengontrol halusinasi antara lain dengan menghardik, 5 cara minum obat, bercakap-cakap dan melakukan aktivitas. Peran perawat dari *care giver*, *edukator* dan kolabolator sangat membantu pasien dalam proses penyembuhan.

Keyword : Halusinasi, menghardik, 5 benar minum obat
Daftar Pustaka : 37 (2010-2020)

Name :Sepyani Ismawati
Title :Nursing Care for Ms. P with Sensory Perception Disorders: Hearing Hallucinations in the Delima Room of the East Jakarta Duren Sawit Special Hospital
Pages : xiv + 105 pages + 1 table + 1 attachment
Supervisor : Desi Pramujiwati

ABSTRACT

Background : Based on data *World Health Organization (WHO)* on 2018,that surfer skizofrenia already reach 21 milion people in the word.data from research basic health in (RISKESDAS) on 2018, total sufferers mental disorders in indonesian to reach (9,8%) from total indonesian population. Based on data in the special hospital area of Duren Sawit from October to December 2019 in the women's subacute room showed patients with hallucinations as much as (98.7%). This shows the important role of nurses as caregivers, educators and collaborators in nursing care with hallucinatory patients.

General purpose : This case report aims to gain real experience in providing nursing care to patients with hallucinations.

Writing Method: The method used in writing this scientific work uses descriptive narrative method, specifically by using case management and literature study.

Result: The result assessment from factor predisposition thai is lost parents who has died and permissive parenting that spoil patient.that data support mental disorders, assessment of sensory perception This shows hallucinations, Coping mechanisms that they use the patient withdraw patient only silent. After nursing action by therapy individual SP 1-2 with training the patient to control hallucinations 3 times, there was an improvement in the patient's condition where the patient was able to recognize hallucinations able to understand 4 ways to control hallucinations and be able to control hallucinations by scolding and also taking medicine in the 5 correct ways.

conclusions and recommendations : Implementation of mental nursing is very effective for by giving the provision of skills which are controlling hallucinations, for example by scolding, 5 correct ways of taking medicine, talking, and doing activities. The role of nurses as care givers, educators and collaborators greatly helps patients in the healing process.

Keyword : Hallucination, scolding, 5 correct ways to take medicine

Bibliography : 37 (2010-2020)

KATA PENGANTAR

Puji Syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan berkat serta kekuatan kepada saya, sehingga saya dapat menyelesaikan makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Nn. P Dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran Di Ruang Delima Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Jakarta Timur”. Penulisan makalah ilmiah ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih dengan rasa hormat kepada :

1. Ns. Desi Pramujiwati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J selaku dosen pembimbing dalam penyusunan makalah ilmiah sekaligus dosen penguji II yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk membimbing dan memberikan masukan kepada penulis dalam menyelesaikan makalah ilmiah ini dengan sebaik-baiknya.
2. Ns. Renta Sianturi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J selaku dosen penguji I.
3. Dr. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., S.Kep.An selaku ketua STIKes Mitra Keluarga.
4. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B selaku koordinator 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 Keluarga dan dalam penulisan makalah ilmiah.
6. Ns. Aprillia Veranita., M.Kep selaku dosen dan motivator yang telah memberikan nasehat dan motivasi kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan perkuliahan di STIKes Keluarga dan dalam penulisan makalah ilmiah ini.
7. Seluruh staff akademik dan non akademik STIKes Mitra Keluarga yang telah menyediakan fasilitas dan bantuan dalam bentuk apapun

demi kelancaran penulisan makalah ilmiah ini.

8. Nn. P yang telah bersedia untuk bekerjasama dengan penulis dalam memberikan informasi selama proses Asuhan keperawatan berlangsung.
9. Kakak perawat di RSKD Duren Sawit dan Ibu Budi selaku CI mahasiswa di RSKD Duren Sawit yang telah membimbing dan membantu penulis dalam memberikan informasi kepada penulis selama proses keperawatan
10. Bapak Tarjono dan Ibu Taripah, Kakak Ida widyawati, Mas Aryo, dan Adik Dinda Ayu yang selalu memberi semangat, motivasi, dukungan moril dan materil, dan doa yang tidak henti-hentinya untuk penulis serta menjadi motivasi utama bagi penulis.
11. Haddad Alwi Munthe yang terus-menerus selalu memberi motivasi dan dukungan penulis, sebagai *support system* kedua dari orang tua dan *moodboster* selama menyelesaikan KTI Keperawatan Jiwa.
12. Sahabat seperjuangan Wahyu Fitri Indiriani, Irma Purnamasari, Sifa Aulia, Nisma Ajeng Virianti, dan Dela Aulia yang selalu memberikan semangat dan menjadi *support system* bagi penulis selama di STIKes Mitra Keluarga dan dalam penulisan makalah ilmiah ini.
13. Sahabat seperjuangan Rini, Sabila Ainingrum, Siti khodijah dan Emia Agnes Joretta yang senantiasa memberikan *support* dan motivasi kepada penulis selama pembuatan makalah ilmiah ini.
14. Kakak Fitri Riskiyani dan Annisa Syafira Kosasi yang selalu memberikan motivasi dan informasi bagi penulis selama penulisan makalah ilmiah ini.
15. Muhamad Indra Sastra Abiyasa, Moh. Reza Akbar Ananda, dan Azaria Nur sabrina teman terdekat yang selalu memberikan dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan makalah ilmiah ini.
16. 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 Mitra Keluarga.

17. 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 penulisan dalam makalah ilmiah ini. Oleh karena itu, dengan kebesaran hati penulis mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan makalah ilmiah ini. Akhir kata penulis berharap semoga makalah ilmiah “Asuhan Keperawatan pada Nn. P dengan Halusinasi Pendengaran di Rumah Sakit Duren Sawit Jakarta Timur” ini dapat memberikan manfaat dan inspirasi bagi pembaca.

Bekasi, 27 Mei 2020

Penulis

DAFTAR ISI

Cover	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
DAFTAR DIAGRAM.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang	1
B. Tujuan	7
1) Tujuan umum	7
2) Tujuan khusus	8
C. Ruang lingkup.....	8
D. Metode penulisan.....	8
E. Sistematika penulisan	9
BAB II TINJAUAN TEORI.....	10
A. Konsep skizofrenia	10
1. Pengertian skizofrenia.....	10
2. Etiologi skizofrenia	10
3. Klasifikasi skizofrenia	12
4. Gejala skizofrenia	14
5. Proses Terjadinya Skizofrenia	18
6. Penatalaksanaan medik	19
B. Konsep gangguan sensori persepsi: halusinasi	24
1. Pengertian	24
2. Faktor penyebab halusinasi.....	24
3. Rentang respon neurobiologis.....	25
4. Tahapan halusinasi.....	26
5. Jenis halusinasi.....	28
6. Tanda dan gejala halusinasi	29
7. Mekanisme koping.....	30
C. Konsep asuhan keperawatan gangguan sensori persepsi: halusinasi.....	30
1. Pengkajian.....	30
2. Diagnosa keperawatan	31
3. Rencana keperawatan.....	32
4. Tindakan keperawatan	37
5. Evaluasi keperawatan.....	39
BAB III TINJAUAN KASUS.....	41
A. Pengkajian.....	41

B. Diagnosa keperawatan	55
C. Perencana keperawatan.....	56
D. Implementasi dan Evaluasi	59
BAB IV PEMBAHASAN.....	70
A. Konsep Medik.....	70
B. Asuhan Keperawatan	72
BAB V PENUTUP.....	86
A. Kesimpulan	86
B. Saran	87
Daftar Pustaka.....	88
LAMPIRAN.....	92

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data.	50
------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SP Klien (SP 1 dan 3)	94
--	----

DAFTAR DIAGRAM

Diagram 2.1 Rentang Respon Halusinasi.....	25
Diagram 2.2 Pohon Masalah.....	31
Diagram 3.1 Genogram Keluarga Nn. P	43
Diagram 3.2 Pohon Masalah pada Nn.P	55

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Pola asuh adalah suatu cara atau metode pengasuhan yang di gunakan oleh orang tua agar anak-anaknya tumbuh menjadi individu yang dewasa secara sosial. Pola asuh itu ada beberapa jenis, antara lain otoriter, demokratis, dan permisif. Pola asuh otoriter dimana anak harus tunduk dan patuh pada kehendak orang tua, pengendalian tingkah laku melalui kontrol eksternal. Pola asuh demokratis yaitu anak diberi kesempatan untuk mandiri mengembangkan kontrol internal, turut dilibatkan dalam pengambilan keputusan. Pola asuh permisif dimana kontrol orang tua kurang, bersifat longgar atau bebas, anak kurang dibimbing dalam mengatur dirinya, membuat keputusan sendiri dan dapat berbuat sekendaknya sendiri (Yuniartiningtyas, 2012).

Pada tahun 2018 data pola asuh orang tua pada anak antara lain, pola asuh otoriter (43,6%), demokratis (28,7%), dan permisif (27,7%). Pola asuh tersebut yang berpotensi mengalami masalah mental paling besar yaitu, pola asuh permisif (73,1%), sedangkan otoriter (68,3%), dan demokratis (33,3%) (Febriani, Elita & Utami, 2018). Permisif itu ada dua jenis ada yang bersifat memanjakan dan mengabaikan. Permisif memanjakan dengan membiarkan anaknya melakukan apapun yang mereka inginkan tanpa memberikan kendali terhadap anak tersebut. Permisif mengabaikan membuat anak merasa bahwa hal-hal lain dalam kehidupan orang tuanya lebih penting dari dirinya, sehingga kebutuhan akan perhatian dari orang tuanya tidak pernah terpenuhi.

Pola asuh ini yang akan mempengaruhi perkembangan anak sejak kecil bahkan ketika saat remaja perilaku akan akan di sangat terlihat seperti apa anak tersebut akan tumbuh (Yuniartiningtyas, 2012). Terutama ketika anak beranjak remaja dimana masa remaja juga mengalami masa pubertas

sehingga perlu disiapkan secara mental untuk menghadapi hambatan, kesulitan dan penyimpangan dalam kehidupan termasuk kehidupan sosial sesuai dengan tugas perkembangan yang dilaluinya. Perkembangan pada hakekatnya adalah usaha penyesuaian diri yaitu untuk secara aktif mengatasi stress dan mencari jalan keluar baru dari berbagai masalah.

Remaja yang tidak mampu menyesuaikan diri dengan peran barunya tersebut dapat membuat dirinya labil dan emosional bahkan dapat membuat frustrasi dan depresi. Menurut data hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018, prevalensi gangguan mental pada remaja berumur lebih dari 15 tahun sebesar 9,8% (Nur, 2019). Pada masa remaja juga sangat rentan dengan kejadian-kejadian kekerasan seperti kekerasan dalam rumah tangga (KDRT), tawuran, dan perundungan (Safitri & Hidayati, 2013). Perundungan sangat rentan terjadi terutama pada remaja. Dapat terjadi di berbagai tempat, mulai dari lingkungan pendidikan atau sekolah, tempat kerja, lingkungan sekitar, tempat bermain, dan lain-lain.

Perundungan merupakan tindakan negatif yang dilakukan secara berulang oleh seseorang atau sekelompok orang yang bersifat menyerang karena adanya ketidakseimbangan kekuatan antara pihak yang terlibat (Zakiyah, Humaedi, & Santoso, 2017). Berdasarkan data hasil riset *programme for international students assessment (PISA)* pada tahun 2018 Indonesia pernah mengalami kasus perundungan mencapai 41,1%, negara *organisation for economic co-operation and development (OECD)* hanya mencapai 22,7% (Databoks, 2019).

Bentuk perundungan antara lain *direct* yaitu perundungan yang bersifat langsung, verbal, ataupun fisik seperti diolok-olok, diganggu, atau di pukul oleh remaja lain. Sedangkan *indirect* yaitu perundungan yang bersifat kasat mata, namun dampaknya bagi korban sama buruknya. Perundungan *indirect* sama seperti halnya *social bullying*, yaitu

perundungan yang bersifat sosial yang terkait dengan penggunaan internet yang biasanya lebih dikenal dengan *cyberbullying* (Surilena, 2016). Berbagai macam tindakan perundungan yang pernah dialami di Indonesia antara lain, sebanyak (15%) mengalami intimidasi, (19%) dikucilkan, (22%) dihina dan barangnya dicuri, (18%) mengaku diancam didorong oleh temannya, dan (20%) yang kabar buruknya disebarakan (Databoks, 2019).

Menurut data dari Komnas perlindungan anak Indonesia (KPAI) tahun 2018 korban kekerasan perundungan terdapat 36 kasus atau (22,4%), dan pelaku kekerasan perundungan sebanyak 41 kasus atau (25,5%) dan kasus kebijakan (pungli, dikeluarkan dari sekolah, tidak boleh ikut ujian, dan putus sekolah) sebanyak 30 kasus atau (18,7%) (Widiastuti, 2018). Serta perundungan yang berlanjut dalam waktu lama, dapat mempengaruhi *self-esteem*, meningkatkan isolasi sosial, memunculkan perilaku menarik diri, menjadikan rentan terhadap stress dan depresi, serta rasa tidak aman (Andriani, Elita, & Rahmalia, 2018). Selain perundungan, pengangguran, perekonomian rendah dan juga kehilangan termasuk stresor sosial yang memicu gangguan jiwa.

Kehilangan merupakan pengalaman yang pernah dialami oleh setiap individu selama rentang kehidupan cenderung mengalami kembali walaupun dalam bentuk berbeda. Kehilangan memiliki macamnya seperti kehilangan anggota tubuh, orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan, dan lain-lainnya (Nurhalimah, 2018). Kehilangan juga mempengaruhi proses psikologis atau kejiwaan, hal ini dikarenakan kehilangan memiliki tahapan proses kehilangan yaitu, penyangkalan, marah, penawaran, depresi, dan penerimaan. Setiap individu akan melalui tahap tersebut, tetapi cepat atau lamanya seseorang melalui bergantung pada koping individu dan sistem dukungan sosial yang tersedia bahkan ada fase marah atau depresi.

Jika individu tetap berada di satu tahap dalam waktu yang sangat lama

bahkan bahkan bertahun-tahun dan tidak mencapai tahap penerimaan, disitulah awal terjadinya gangguan jiwa (Suzanna, 2018). Berdasarkan data dalam jurnal penelitian Rinawati & Alimansur (2016), kehilangan yang menyebabkan gangguan jiwa mencapai (7,6%).

Gangguan jiwa merupakan manifestasi dari bentuk penyimpangan perilaku akibat adanya distorsi emosi sehingga ditemukan ketidakwajaran dalam bertindak laku. Gangguan jiwa adalah gangguan otak yang ditandai oleh terganggunya emosi, proses berpikir, perilaku, dan persepsi. Gangguan ini menimbulkan stress dan penderitaan bagi penderita dan keluarga (Sutejo, 2017). Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2016, terdapat sekitar 35 juta orang yang mengalami depresi, 60 juta orang dengan gangguan bipolar, 21 juta orang dengan skizofrenia, dan 47,5 juta orang dengan demensia (Elshint.com, 2018). Berdasarkan data Riset kesehatan dasar (RISKESDAS) tahun 2018, Jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia mencapai (9,8%) dari total penduduk Indonesia (Halakrispen, 2019).

Gangguan jiwa dapat bersumber dari hubungan dengan orang lain yang tidak memuaskan seperti diperlakukan tidak adil, diperlakukan semena-mena, kehilangan orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan dan juga sebagainya (Sutejo, 2017). Gangguan jiwa juga dapat dipengaruhi oleh somatik, psikologi, dan sosio-budaya. Pada penderita yang mengalami gangguan jiwa ciri biologis yang khas terutama pada susunan dan struktur syaraf pusat, biasanya akan terjadi pembesaran ventrikel-3 sebelah kiri. Adanya hiperaktivitas dopamine pada penderita gangguan jiwa seringkali menimbulkan gejala-gejala skizofrenia (Yosep & Sutini, 2014).

Skizofrenia merupakan gangguan mental kronis yang menyebabkan penderitanya mengalami delusi, halusinasi, pikiran kacau, dan perubahan perilaku. Kondisi yang berlangsung lama sering diartikan gangguan mental karena penderita sulit membedakan antara kenyataan dan pikiran sendiri.

Penderita skizofrenia menarik diri dari orang lain dan kenyataan, seringkali masuk ke dalam kehidupan fantasi yang penuh delusi dan halusinasi. Skizofrenia disebabkan oleh psikologis, fisik, genetik dan lingkungan (Rohan, Hartini, Sriwahyuni, Rokhmad, & Ambarini, 2016).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) pada 2018, bahwa penderita skizofrenia sudah mencapai 21 juta orang di dunia (Mustajab, 2020). Data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018, menunjukkan prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia mencapai (6,7%), atau sebanyak 6,7 per 1000 penduduk. Prevalensi tertinggi di provinsi Bali mencapai (11,1%), diikuti oleh provinsi di Yogyakarta (10,4%), yang ketiga di provinsi Nusa Tenggara Barat sebanyak (9,6%) dan kemudian prevalensi terendah ada di provinsi kepulauan Riau yaitu (2,8%), serta di Jawa Barat mencapai (5,0%) dari jumlah (Riskesdas, 2018). Skizofrenia memiliki dua gejala, yaitu gejala positif dan gejala negatif.

Gejala positif merupakan pikiran dan indera yang tidak biasa, yang mengarah ke perilaku pasien yang tidak normal. Gejala-gejala ini bisa kambuh, seperti delusi yang memiliki keyakinan yang kuat terhadap suatu hal tanpa dasar yang jelas, tetap teguh walaupun bukti menyatakan sebaliknya dan tidak bisa dikoreksi dengan logika dan akal sehat, misalnya berpikir bahwa dirinya dianiaya, seseorang sedang mengendalikan pikiran dan perilakunya, atau berpikir bahwa orang lain sedang membicarakannya. Halusinasi dimana pasien merasakan sesuatu yang sangat nyata, yang sebenarnya tidak ada, misalnya melihat beberapa gambar yang tidak bisa dilihat oleh orang lain, mendengar suara atau sentuhan yang tidak ada. Gangguan pikiran, kurangnya kontinuitas dan logika, bicara dengan tidak teratur, berbicara dengan dirinya sendiri atau berhenti berbicara secara tiba-tiba. Perilaku aneh seperti, berbicara dengan dirinya sendiri, menangis atau tertawa secara tidak terduga atau bahkan berpakaian dengan cara yang aneh.

Sedangkan gejala negatif, lebih sulit untuk dikenali dari pada gejala positif dan biasanya menjadi lebih jelas setelah berkembang menjadi gejala positif. Jika kondisinya memburuk, kemampuan kerja dan perawatan diri pasien akan terpengaruh. Gejala-gejala ini antara lain, penarikan sosial menjadi tertutup, dingin, egois, terasing dari orang lain. Kurangnya motivasi: hilangnya minat terhadap hal-hal di sekitarnya, bahkan kebersihan pribadi dan perawatan diri. Berpikir dan bergerak secara lambat, dan ekspresi wajah yang datar (*Hospital Authority*, 2016). Gejala-gejala skizofrenia diatas yang sangat menonjol biasanya adalah gejala positif yaitu ada waham/delusi, dizorganiasi pemikiran dan halusinasi.

Halusinasi adalah suatu gejala gangguan jiwa di mana penderita merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada. Penderita mengalami perubahan sensori persepsi merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penciuman (Sutejo, 2016). Halusinasi terdapat beberapa jenis halusinasi pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecapan dan perabaan. Halusinasi juga memiliki beberapa tahapan yaitu, menyenangkan, menyalahkan, mengendalikan perilaku, dan menakutkan (Nurhalimah, 2018).

Berdasarkan data di Rumah sakit khusus daerah Duren Sawit selama 3 bulan terakhir mulai dari bulan Oktober sampai dengan Desember tahun 2019 di ruang keloaan sub akut perempuan menunjukkan halusinasi sebanyak (98,7%), isolasi sosial (21,01%), harga diri rendah kronik (4,05%), risiko perilaku kekerasan (5,6%), dan risiko bunuh diri (1,01%). Sedangkan data dari hasil asuhan keperawatan pasien kelolaan yang telah dilakukan di Rumah sakit khusus daerah Duren Sawit oleh mahasiswa DIII keperawatan STIKes Mitra Keluarga selama empat minggu mulai dari tanggal 2 Januari - 24 Januari 2020. Data ini terkumpul dari berbagai ruangan yang berbeda, yaitu di ruang akut, sub akut, dan ruang tenang. Hasil prevelensi halusinasi menurut asuhan keperawatan kelolaan mencapai (59,7%), risiko perilaku kekerasan sebanyak (10,4%), isolasi

sosial (28,3%), dan harga diri rendah kronik (1,4%).

Perawat kesehatan jiwa memiliki peran sebagai pemberi asuhan keperawatan secara langsung. Peran sebagai *care giver* atau pemberi asuhan keperawatan secara optimal dan menyeluruh sesuai dengan peran dan fungsi keperawatan yang diaplikasikan dalam standar proses keperawatan (Gobel, Mulyadi, & Malara, 2016). Perawat sebagai edukator yaitu perawat harus memiliki pengetahuan yang luas. Perawat dengan pengetahuan yang dimiliki harus menyampaikan informasi dan penjelasan agar pasien lebih memahami dan merasa aman. Motivasi juga turut berperan dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman pasien dari perawat yang berperan sebagai *educator* (Mumu, Tamumu, & Makausi, 2017). Perawat juga melakukan tindakan kolaborasi dengan tim kesehatan lain dalam pemberian asuhan keperawatan, perencanaan terhadap upaya penyembuhan serta pemulihan kesehatan pasien. Sehingga upaya dalam peningkatan kualitas pelayanan keperawatan terwujud dengan melakukan pemberian obat, menentukan status gizi untuk pasien dan lain-lainnya. Hubungan kemitraan yang merupakan landasan dalam interaksi pada pemberi pelayanan kesehatan merupakan usaha yang baik bagi pasien dalam mencapai upaya penyembuhan dan memperbaiki kualitas hidup pasien (Anggarawati & Wulan Sari, 2016).

Berdasarkan adanya fenomena-fenomena diatas yang muncul sehingga mendorong penulis mengambil judul asuhan keperawatan pada pasien dengan Gangguan sensori persepsi: halusinasi.

B. Tujuan

1) Tujuan umum

Diperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi.

2) Tujuan khusus

- a) Melakukan pengkajian keperawatan pada pada pasien dengan halusinasi.
- b) Menentukan masalah keperawatan pada pada pasien dengan halusinasi.
- c) Menentukan perencanaan untuk asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi.
- d) Melaksanakan tindakan keperawatan pada pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi.
- e) Melakukan evaluasi keperawatan pada pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi.
- f) Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dengan kasus.
- g) Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat dari masalah gangguan sensori persepsi: halusinasi.
- h) Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi.

C. Ruang lingkup

Penulisan makalah ini merupakan asuhan keperawatan pada Nn. P dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi di ruangan Delima RSKD Duren Sawit yang dilaksanakan selama 3 hari dari tanggal 07 sampai dengan 09 Januari 2020.

D. Metode penulisan

Metode yang digunakan dalam penulisan makalah ilmiah ini adalah metode narasi deskriptif dengan pendekatan:

1. Studi kasus, penulis melakukan pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi secara langsung dalam proses ini dilakukan proses wawancara kepada pasien, keluarga pasien, dan perawat ruangan, serta metode observasi atau pengamatan secara langsung yang bertujuan untuk mendapatkan data yang lebih

lengkap dan untuk mendapatkan kondisi umum pasien serta melakukan pemeriksaan fisik.

2. Studi dokumentasi, metode pengumpulan data ini dilakukan dengan cara mengambil data yang mencatatkan kondisi pasien yang didapat dari catatan keperawatan, catatan medis, dan status pasien.

Studi keperawatan, metode pengumpulan data ini bertujuan untuk memperoleh konsep teori ilmiah baik dari aspek medis maupun aspek keperawatan yang berhubungan dengan makalah ilmiah, bab studi ini dapat melalui media cetak maupun elektronik.

E. Sistematika penulisan

Penulisan makalah ini membagi bagian makalah yang terdiri dari lima bab yang secara sistematika disusun sebagai berikut: BAB I pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II tinjauan teori yang terdiri dari konsep skizofrenia, konsep halusinasi, dan konsep asuhan keperawatan halusinasi. BAB III tinjauan kasus yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB IV berisi tentang pembahasan yang membahas antara kesenjangan yang terdapat antara teori dan kasus kelolaan dengan pendekatan proses keperawatan. BAB V berisi tentang penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran serta diakhiri dengan daftar pustaka.

BAB II

TINJAUAN TEORI

Pada BAB II ini akan membahas tentang konsep skizofrenia yang terdiri dari pengertian skizofrenia, etilogi skizofrenia, jenis-jenis skizofrenia, gejala skizofrenia dan kriteria skizofrenia. Konsep halusinasi terdiri dari pengertian halusinasi, proses terjadinya halusinasi, rentang respon neurobiologis, tahapan halusinasi, jenis- jenis halusinasi, tanda gejala halusinasi, dan mekanisme coping. Konsep asuhan keperawatan halusinasi yang terdiri pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, tindakan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

A. Konsep skizofrenia

1. Pengertian skizofrenia

Skizofrenia adalah salah satu gangguan jiwa berat yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku individu. Skizofrenia bagian dari gangguan psikosis yang terutama ditandai dengan kehilangan pemahaman terhadap realitas dan hilangnya daya tilik diri (Yudhantara & Istiqomah, 2018). Skizofrenia merupakan gangguan psikiatrik yang ditandai dengan disorganisasi pola pikir yang signifikan dan dimanifestasikan dengan halusinasi dan waham (O'brien, Kennedy, & Ballard, 2013). Skizofrenia adalah penyakit otak neurobiologis yang berat dan terus-menerus akibatnya berupa respon yang dapat sangat mengganggu kehidupan individu, keluarga, dan masyarakat (Stuart, 2016).

2. Etiologi skizofrenia

Skizofrenia merupakan sebagai suatu penyakit tunggal namun katagori diagnostiknya mencakup sekumpulan gangguan. Menurut King (2010), faktor penyebab skizofrenia antara lain :

a. Faktor biologis

Mengarah adanya predisposisi genetika, namun abnormalitas struktural dan neurotransmitter juga dihubungkan dengan gangguan psikologi ini.

1) Hereditas

Ketika kesamaan skizofrenia meningkat, maka risiko seseorang terhadap skizofrenia juga meningkat. Seorang individu yang memiliki kembar identik dengan skizofrenia memiliki (4%) kemungkinan mengembangkan gangguan tersebut, sementara kembar fraternal (14%), saudara kandung (10%), keponakan sekitar (3%), dan individu yang tidak terkait dengan populasi sekitar (1%).

2) Abnormalitas struktur otak

Abnormalitas struktur otak telah ditemukan pada penderita skizofrenia. Teknik pencitraan termasuk pemindaian MRI telah menunjukkan ventrikel-ventrikel yang diperbesar dalam otak para penderita ini dipenuhi dengan cairan dalam otak, dan pembesaran ventrikel mengindikasikan atrofi atau kemunduran jaringan otak lainnya. Penderita dengan skizofrenia memiliki korteks frontal yang kecil (area dimana proses berfikir, perencanaan, dan pengambilan keputusan terjadi) dan menunjukkan aktivitas yang lebih sedikit dibandingkan dengan individu yang tidak memiliki skizofrenia.

3) Masalah dalam regulasi neurotransmitter

Penderita dengan skizofrenia memproduksi neurotransmitter dopamin yang lebih tinggi dan kelebihan dopamin ini menyebabkan skizofrenia. Dopamin memainkan peran dalam skizofrenia.

4) Infeksi virus

Paparan virus influenza pada saat prenatal, terutama selama trimester pertama mungkin menjadi salah satu faktor etiologi skizofrenia pada beberapa orang teori ini didukung bahwa lebih banyak orang yang lahir dengan skizofrenia di musim dingin atau awal musim semi dikarenakan virus lebih sering terjadi pada musim tersebut. Infeksi virus ini juga sering terjadi tidak hanya intra uterin tapi dengan anak usia dini dan juga anak yang rentan (Stuart, 2016).

b. Faktor psikologis

Skizofrenia memiliki akar pada pengalaman masa kecil dengan orangtua. Teori tersebut telah tersingkirkan oleh beberapa aspek biologis dari gangguan yang ditemukan. Stress mungkin dapat menjadi faktor yang memainkan peranan. Model stres diastesis (*diasthesis stress model*) berpendapat bahwa kombinasi dari disposisi biogenetik dan stres menyebabkan skizofrenia. Istilah diastesis berarti kerentanan fisik atau predisposisi terhadap gangguan tertentu. Artinya sebuah komposisi genetika yang memiliki cacat mungkin menyebabkan skizofrenia hanya bila individu hidup dalam lingkungan yang membuat stres.

c. Faktor sosio- kultural

Gangguan pikiran dan emosi umum ditemukan pada kasus skizofrenia di setiap budaya, namun jenis dan kejadian gangguan skizofrenia mungkin berbeda dari satu budaya dengan budaya lainnya. Biasanya yang terjadi karena faktor ekonomi, pekerjaan bahkan pernikahan.

3. Klasifikasi skizofrenia

Ada empat jenis utama skizofrenia yaitu *dizorganized*, *katatonik*, *paranoid*, dan tidak bergolong. Perilaku yang tampak dari keempat jenis ini beragam, namun mereka memiliki ciri yang sama dalam hal proses pikiran yang terganggu.

a. Skizofrenia hebefrenik

Ciri utamanya adalah pembicaraan yang kacau, tingkah laku kacau dan afek yang datar (Zahnia & Wulan Sumekar, 2016).

b. Skizofrenia katatonik

Gangguan psikomotor terlihat menonjol, seringkali muncul bergantian antara mobilitas motorik dan aktivitas berlebihan. Satu atau lebih dari perilaku ini mendominasi gambaran klinisnya (Sutejo, 2017).

- 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, yang tidak dipengaruhi oleh stimuli 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-lainnya.
 - 5) Rigiditas: mempertahankan posisi tubuh yang kaku untuk melawan upaya menggerakkan dirinya.
 - 6) Fleksibilitas area/ *waxy flexibility*: mempertahankan anggota gerak dan tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar. Posisi pasien dapat dibentuk, namun setelah itu, ia akan mempertahankan posisi tersebut.
 - 7) *Command automatism*: lawan dari negativisme, yaitu mematuhi semua perintah secara otomatis dan kadang disertai dengan pengulangan kata-kata serta kalimat-kalimat.
- c. Skizofrenia paranoid
- Ciri utamanya adalah waham kejar dan halusinasi auditorik namun fungsi kognitif dan afek masih berfungsi dengan baik (Zahnia & Wulan Sumekar, 2016).
- Sedangkan menurut Sutejo (2017), skizofrenia paranoid merupakan subtype yang paling umum di mana waham dan halusinasi auditorik jelas terlihat. Gejala utamanya adalah waham kejar atau waham kebesarannya di mana individu merasa di kejar-kejar oleh pihak tertentu yang ingin mencelakainya.
- 1) Halusinasi dan waham harus menonjol
 - (a) Suara-suara halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi peluit, mendengung, atau bunyi tertawa Halusinasi pembauan atau pengecapan rasa, atau bersifat seksual, atau lain-lain perasaan tubuh halusinasi visual mungkin ada tetapi jarang menonjol.

- (b) Waham dikendalikan (*delusion of control*), dipengaruhi (*delusion of influence*), atau “passivity” (*delusion of passivity*), dan keyakinan dikejar-kejar yang beranekan ragam.

d. Skizofrenia residual

Ditandai dengan perilaku yang tidak teratur, halusinasi, delusi, dan inkoherensi (King, 2010). Menurut Sutejo (2017), ciri-ciri dari skizofrenia residual yaitu:

- 1) Gejala negatif dari skizofrenia menonjol seperti perlambatan psikomotorik, aktivitas menurun, afek tidak wajar, 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.

e. Skizofrenia tak terinci

Digunakan untuk mengkatagorikan pasien yang masuk dalam kriteria skizofrenia namun tidak dapat diklasifikasikan pada sub tipe paranoid, hebefrenik, maupun katatonik. Pasien memperlihatkan gejala lebih dari satu sub tipe tanpa gambaran predominasi yang jelas untuk suatu kelompok diagnosis yang khas (Lewis *et al.*, 2015) dalam (Yudhantara & Istiqomah, 2018). Sesuai dengan pedoman untuk skizofrenia tak terinci pada PPDGJ-III antara lain:

- 1) Memenuhi kriteria diagnosis untuk skizofrenia
- 2) Tidak memenuhi kriteria untuk skizofrenia paranoid, hebefrenik, dan katatonik
- 3) Tidak memenuhi kriteria untuk skizofrenia residual atau depresi pasca-skizofrenia.

4. Gejala skizofrenia

Adapun beberapa gejala skizofrenia sebagai berikut:

- a. Gejala positif ini adalah gejala yang paling terlihat baik pada saat pasien kambuh dan juga paling terlihat jika menghilang ketika pasien diberikan obat-obatan antipsikosis. Gejala positif seringkali

menggambarkan adanya peningkatan fungsi diatas ambang normal dan memunculkan berbagai gejala yang mudah dikenali, misalnya dari pembicaraan yang kacau, perilaku yang kacau, yang dapat disebabkan adanya waham atau halusinasi (Yudhantara & Istiqomah, 2018).

1) Halusinasi

Halusinasi yang paling sering terjadi pada skizofrenia ialah halusinasi pendengaran yaitu dialami lebih dari (70%) pasien skizofrenia diseluruh dunia. Isi halusinasi seringkali merupakan hinaan yang kemudian menyebabkan pasien pasien seringkali menjadi takut, marah, sedih, dan merasa bersalah. Adanya stresor sosial, penyakit fisik, dan nyeri kronis dapat meningkatkan frekuensi dari halusinasi yang dialami pasien dapat berlangsung sejak bangun tidur hingga tidur lagi, atau mungkin muncul iregular dan tak terduga. Halusinasi ini juga dapat meningkat pada petang dan malam. Halusinasi penglihatan lebih jarang dari halusinasi pendengaran ada sekitar (33%) pasien skizofrenia di dunia, setengah dari pasien halusinasi pendengaran mengalami halusinasi penglihatan. Pada pasien halusinasi penglihatan biasanya dapat berupa objek hidup (wajah, orang) maupun objek tidak hidup (kilatan cahaya, garis-garis, warna-warni pada lapang pandang. Kemudian untuk halusinasi perabaan terjadi pada (15-25%) pada pasien dengan skizofrenia. Biasanya berupa rasa disentuh, terbakar, dan terpotong. Sedangkan pada halusinasi penciuman dan pengecapan itu jarang ditemukan pada pasien skizofrenia, dan biasanya halusinasi ini juga muncul secara bersamaa (Yudhantara & Istiqomah, 2018).

2) Waham

Salah satu gejala psikosis utama pada skizofrenia. Waham adalah salah satu gejala positif dan meliputi keyakinan yang salah mengenai pikiran dan pengalaman (Yudhantara &

Istiqomah, 2018). Umumnya waham tersebut muncul dalam bentuk waham kebesaran atau waham menyangkut diri sendiri. Karakteristik waham didominasi oleh hal-hal di luar pikiran, perasaan, atau perilaku pasien. Pengalaman pasien meliputi, penarikan dan pengawasan pikiran. Pada waham ilmiah atau pengetahuan politik dan pasien percaya bahwa dirinya dapat mencegah atau menghalangi ancaman yang akan menimpa dirinya (Ibrahim, 2011).

b. Gejala negatif

Gejala negatif tidak hanya terjadi pada skizofrenia, tetapi juga ditemukan pada pasien cedera otak dan pada populasi umum tanpa gangguan psikiatri. Akan tetapi dibandingkan dengan gangguan jiwa lain, skizofrenia adalah gangguan yang paling banyak mengalami gejala negatif. Berikut gejala-gejala negatif dalam skizofrenia (Yudhantara & Istiqomah, 2018).

1) Avolis

Berkurangnya hasrat, motivasi, usaha misalnya tidak mampu menyelesaikan tugas sehari-hari yang biasa, memiliki *personal hygiene* yang buruk.

2) Anhedonia

Berkurangnya kemampuan untuk merasakan kesenangan, misalnya tidak dapat lagi merasakan senang dengan hobi atau hal lain yang biasanya menyenangkan untuk pasien.

3) Afek tumpul

Berkurangnya rentang emosi dalam hal termasuk persepsi emosi, pengalaman, dan ekspresi emosi, misalnya merasa mati rasa atau kosong dalam perasaannya, kurang mampu mengingat hal-hal yang emosional bagi dirinya, baik jika menyenangkan atau menyedihkan.

4) Alogia

Berkurangnya jumlah dan kualitas pembicaraan, misalnya hanya

berbicara sedikit, penggunaan kata atau kalimat yang tidak luas.

c. Gejala kognitif

Menurut Keefe & Eesly (2009) dalam Yudhantara & Istiqomah (2018), Gangguan neurokognisi sering ditemukan pada pasien skizofrenia. Gangguan ini misalnya ditemukan pada memori. *Atensi* (perhatian), cara menyelesaikan masalah, pembicaraan, dan juga kemampuan untuk bersosialisasi. Komisi neurokognisi dari *Measurement And Treatment Research Improve Cognition In Schizophrenia (MATRICS)* menyebutkan bahwa defisit neurokognisi pada skizofrenia adanya masalah pada *working memory*, atensi/ kewaspadaan, kemampuan belajar dan memori verbal, kemampuan belajar dan memori visual, pertimbangan dan kemampuan pengambilan keputusan, kecepatan berpikir dan kecerdasan sosial.

Working memory adalah kemampuan seseorang untuk mempertahankan informasi tetap bertahan selama beberapa waktu (hal ini hanya dalam hitungan detik). Defisit *working memory* pada skizofrenia biasanya juga disertai gangguan neurokognitif yang lain seperti atensi, perencanaan dan intelegensia. Atensi adalah kemampuan untuk mempertahankan perhatian terhadap suatu hal. Gangguan atensi yang terjadi pada pasien dengan skizofrenia misalnya adalah kesulitan dalam mengikuti percakapan dalam kehidupan sosialnya, ketidakmampuan untuk mengikuti instruksi penting berkenaan dengan terapi yang di berikan. Gangguan pertimbangan dan kemampuan pengambilan keputusan misalnya adalah kesulitan untuk beradaptasi pada perubahan kondisi lingkungan yang ada di sekitar pasien. Kecerdasan sosial terdiri dari kemampuan seseorang mengambil kesimpulan dari perhatian orang lain atau menggambarkan status kejiwaan dari orang lain. Pada pasien skizofrenia kemampuan ini dan juga presepsi sosialnya mengalami gangguan. Hal lain yang menunjukkan masalah kognisi

pada pasien skizofrenia adalah adanya intelegensi yang lebih rendah dibandingkan dengan populasi umum atau bahkan dengan kelompok gangguan psikiatri lainnya (Yudhantara & Istiqomah, 2018).

d. Gejala afektif

Menurut Lewis *et al.* (2009) dalam Yudhantara & Istiqomah (2018), Pasien skizofrenia sering mengalami *mood* yang depresi, merasa cemas, mudah marah, adanya rasa bersalah, juga kekhawatiran. Sebagian besar pasien dengan skizofrenia akan mengalami depresi selama perjalanan penyakitnya. Sebanyak (25%) pasien dengan penyakit penyerta gangguan cemas menyeluruh sebanyak (15-40%) pasien dengan penyakit penyerta dengan fobia sosial. Cemas yang dialami oleh pasien skizofrenia dapat memunculkan kekerasan dan ide bunuh diri. Sebanyak (20-40%) dari pasien skizofrenia akan melakukan percobaan bunuh diri pada saat perjalanan penyakitnya.

5. Proses Terjadinya Skizofrenia

Pada proses terjadinya skizofrenia menurut Yosep & Sutini (2014), menjelaskan bahwa mulai timbulnya gejala skizofrenia dimulai pada masa remaja atau dewasa awal sampai dengan umur pertengahan dengan melalui beberapa fase antara, lain:

a. Fase Prodormal

Pada fase ini berlangsung antara 6 sampai 1 tahun dan gangguan dapat berupa *self care*, gangguan dalam akademik, gangguan dalam pekerjaan, gangguan fungsi sosial, gangguan pikiran atau persepsi.

b. Fase Aktif

Pada fase aktif berlangsung kurang lebih 1 tahun dan gangguan dapat berupa gejala psikotik, halusinasi, delusi, disorganisasi proses berfikir, gangguan bicara, gangguan perilaku, disertai

kelainan neurokimia.

c. Fase Residual

Pada fase ini klien mengalami minimal 2 gejala gangguan afek dan gangguan peran, dan serangan biasanya berulang.

6. Penatalaksanaan medik

Farmakoterapi berperan penting dalam menangani dan mengatasi gejala gangguan psikotik. Obat membawa perubahan pada penanganan skizofrenia terutama penting pada fase akut (O'Brien, Kennedy, & Ballard, 2013). Berikut jenis obat pada pasien skizofrenia menurut (Devi Tumanngor, 2018), yaitu :

a. Agens tipikal

Agens ini efektif memblokir reaksi dopamin di area reseptor, agens tipikal dianggap penting dalam menangani gejala positif.

1) Haloperidol

Jenis obat : flufenazin, haloperidol.

Dosis obat : Dosis akut 5-20mg/hari, dan dosis pemeliharaan 1-10mg/hari

Manfaat : Mengurangi gejala positif skizofrenia.

Efek samping :

- (1) Mulut kering
- (2) Kaku otot
- (3) Kelelahan
- (4) Peningkatan berat badan
- (5) Kantuk yang berat

Kontraindikasi :

- (1) Memicu gagal jantung pada penderita jantung
- (2) Gangguan fungsi hati
- (3) Penderita hipertiroid
- (4) Wanita hamil

2) Trihexypenidyl

Jenis obat : artane, benzotropin, amantadine

Manfaat :

- (1) Untuk mengobati efek samping obat berupa, gejala parkinson, distonia, kaku otot, kaku wajah, ansietas dan agitasi
- (2) Menekan gejala ekstrapiramidal seperti perkinson dan akinesia

Efek samping : bingung, insomnia, dan konsentrasi terganggu.

Kontraindikasi : alkohol sangat dilarang ketika mengkonsumsi amantadine.

3) Trifluoroperazine

Dosis obatnya: dosis akut 4-40 mg/hari, dosis pemeliharaan 1-15 mg/hari

Manfaat : untuk penderita skizofrenia untuk mengatasi agitasi dan pasien dengan gangguan perilaku

Efek samping :

- (1) Ekstrapiramidal
- (2) *Tardive dyskinesia*

Kontraindikasi :

- (1) Koma
- (2) Gangguan fungsi hati dan ginjal

4) Clorpromazin

Jenis obat : Clorpromazin, Thioridazin, bethanechol, dan pilocarpin.

Manfaat :

- (1) Mengurangi gejala psikosis manik akut, dan gejala positif skizofrenia
- (2) Berespon cepat terhadap kasus perilaku kekerasan, hiperaktif, kurang impuls kontrol, dan agitasi

(3) Agen penstabil *mood*

Efek samping :

- (1) Efek ekstrapiramidal
- (2) Hipertermia, kaku otot, bingung, agitasi, dan peningkatan denyut nadi, dan tekanan darah yang dapat menyebabkan henti jantung, gagal ginjal
- (3) Menurunkan kontraktilitas jantung
- (4) Hipotensi
- (5) Prolaktin meningkat
- (6) Impotensi
- (7) BB meningkat
- (8) Mulut dan hidung kering, konstipasi, retensi urine, pandangan kabur
- (9) Janudis

Kontraindikasi :

- (1) Rokok, kopi, antasid
- (2) Intoksikasi kokain, amfetamin, alkohol dan pnenicyclin.

b. Agens atipikal

Agens ini dapat memblok area serotonin dan dopamine tertentu, obat ini dimetabolisme hati dan disekresi oleh ginjal sehingga fungsi hati dan ginjal harus di pantau secara ketat. Atipikal digunakan untuk mengatasi gejala positif dan negatif.

1) Risperidone

Jenis obatnya : Risperidon , nophernia dan benzisoxazole.

Dosis obat : 1-4 mg/hari

Manfaat : atipsikotik poten yang memiliki efek minimal dalam menimbulkan efek samping ekstrapiramidal dibanding haloperidol.

Efek samping :

- (1) Penambahan berat badan
- (2) Ansietas

- (3) Mual muntah
 - (4) Disfungsi ereksi
 - (5) Rhinitis
 - (6) Disfungsi orgasme
 - (7) Peningkatan pigmen
 - (8) Efek ekstrapiramidal tergantung besar dosisnya
- Kontraindikasi : Hipersensitif terhadap risperidon

2) Olanzapine

Jenis obat : Olanzapine (Zyprexa)

Dosis obat : 5-10 mg/hari

Manfaat : efektif dalam merawat skizofrenia kronis dan bipolar

Efek samping :

- (1) BB meningkat
- (2) Mulut kering
- (3) Pusing
- (4) Konstipasi
- (5) Dispepsia
- (6) Peningkatan nafsu makan
- (7) Tremor

Kontraindikasi :

Tidak diberikan pada penderita gangguan perilaku yang sudah lansia karena dapat meningkatkan risiko kematian

3) Quetiapine

Jenis obat : dibenzothiazepin

Dosis obat : 400 mg/hari

Manfaat :

Antipsikotik yang paling sedikit menimbulkan efek ekstrapiramidal dan sangat sesuai dengan penderita parkinson.

Efek samping :

- (1) Somnolen
- (2) Hipotensi
- (3) Pusing
- (4) Peningkatan denyut jantung
- (5) Konstipasi

Kontraindikasi :

Meingkatkan risiko kematian pada orang tua yang mengalami psikosis.

4) Clozapin

Jenis obat : dibenzodiazepin

Dosis obat : 25 mg/hari

Manfaat :

- (1) Untuk pasien *tardive dyskinesia*
- (2) Pasien skizofrenia atau skizoafektif yang ingin bunuh diri

Efek samping :

- (1) Sedasi
- (2) Pusing
- (3) Pingsan
- (4) Takikardi
- (5) Hipotensi
- (6) Mual, muntah
- (7) Peningkatan berat badan
- (8) Hipersalivasi pada malam hari

5) Ziprasidone

Jenis obat : benzothiazoly, dan piperazine.

Dosis obat : 10-20 mg/ 2 jam, 20 mg/4 jam.

Manfaat : mempunyai efek antidepresan

Efek samping :

- (1) Somnolen

(2) Sakit kepala

(3) Pusing

Kontraindikasi : meningkatkan risiko kematian pada pasien lansia dengan gangguan jiwa.

B. Konsep gangguan sensori persepsi: halusinasi

1. Pengertian

Halusinasi adalah suatu gejala gangguan jiwa di mana penderita merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada. Penderita mengalami perubahan sensori persepsi: merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecap, perabaan, atau penciuman (Sutejo, 2016). Halusinasi merupakan suatu tanggapan panca indera tanpa adanya rangsangan (stimulus) eksternal. Gangguan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi (Nurhalimah, 2018).

2. Faktor penyebab halusinasi

Menurut Sutejo (2016), faktor penyebab halusinasi yang dijelaskan dengan menggunakan konsep stres adaptasi Stuart-Laraine, yaitu :

a. Faktor predisposisi

1) Faktor biologis

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

2) Faktor psikologis

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

3) Sosiobudaya dan lingkungan

Sebagian besar pasien halusinasi berasal dari keluarga dengan sosial ekonomi rendah, selain itu pasien memiliki riwayat penolakan dari lingkungan atau dari orang lain yang berarti pada

usia perkembangan anak, pasien halusinasi seringkali memiliki tingkat pendidikan yang rendah serta pernah mengalami kegagalan dalam hubungan sosial (perceraian, hidup sendiri), serta tidak bekerja.

b. Faktor presipitasi

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

3. Rentang respon neurobiologis

Rentang respon neurobiologis menurut Sutejo (2016), pada pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi meliputi respon adaptif dan respon maladaptif sebagai berikut:

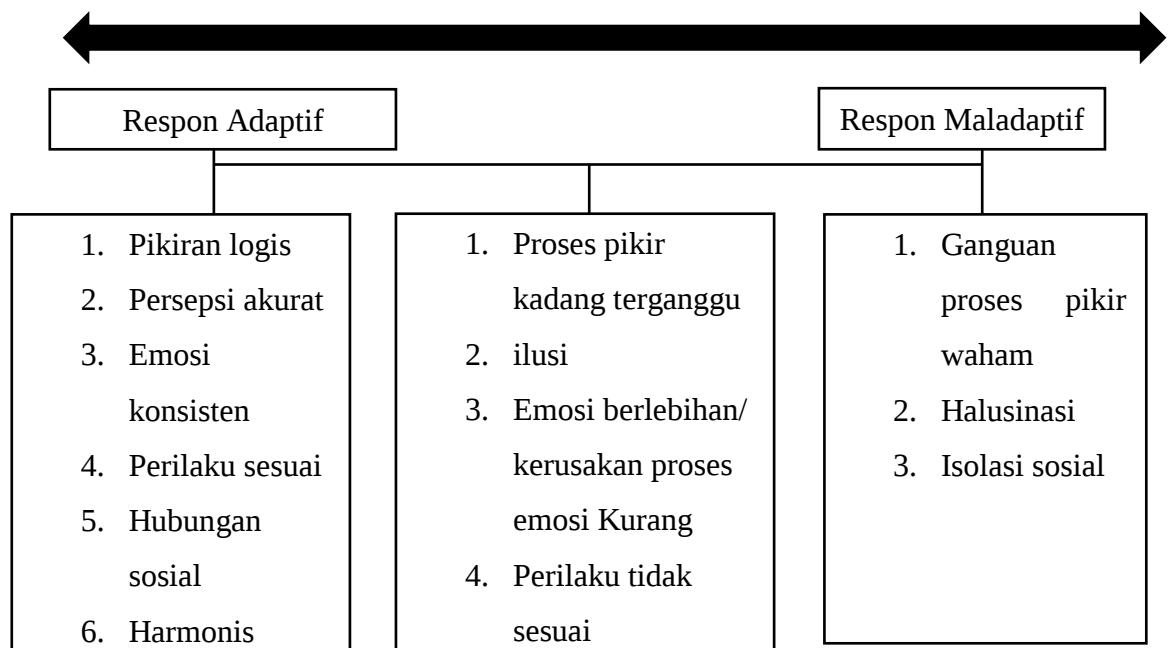


Diagram 2.1 : rentang respon halusinasi

4. Tahapan halusinasi

Tahapan halusinasi menurut Sutejo (2016), yang dialami pasien, antara lain :

a. Tahap I

Halusinasi bersifat menyenangkan, tingkat ansietas pasien sedang. Pada tahap ini halusinasi secara umum menyenangkan. Karakteristik tahap ini ditandai 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 (*non psikotik*).

Perilaku yang teramati:

- 1) Menyeringai/ tertawa tidak sesuai
- 2) Menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara
- 3) Respon verbal yang lambat
- 4) Diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasyikan.

b. Tahap II

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

Karakteristik pada tahap ini ditandai adanya pengalaman sensori yang dialami pasien bersifat menjijikan dan menakutkan, pasien yang mengalami halusinasi mulai merasa kehilangan kendali, pasien berusaha untuk menjauhkan dirinya dari sumber yang di persepsikan, pasien merasa malu karena pengalaman sensorinya dan menarik diri dari orang lain (*non psikotik*).

Perilaku yang teramati:

- 1) Peningkatan kerja susunan saraf otonom yang menunjukkan timbulnya ansietas seperti peningkatan nadi, tekanan darah, dan pernapasan
- 2) Kemampuan konsentrasi menyempit
- 3) Dipenuhi dengan pengalaman sensori, mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan antara halusinasi dan realita.

c. Tahap III

Halusinasi mulai mengendalikan perilaku pasien, pasien berada pada tingkat ansietas berat. Pengalaman sensori menjadi menguasai pasien. Karakteristik pasien yang berhalusinasi pada tahap ini menyerah untuk melawan pengalaman halusinasi dan membiarkan halusinasi menguasai dirinya. Isi halusinasi dapat berupa permohonan, individu mungkin mengalami kesepian jika pengalaman tersebut berakhir (*psikotik*).

Perilaku yang teramati:

- 1) Lebih cenderung mengikuti petunjuk yang diberikan oleh halusinasinya dari pada menolak
- 2) Kesulitan berhubungan dengan orang lain
- 3) Rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik, gejala fisik dari ansietas berat seperti: berkeringat, tremor, ketidakmampuan mengikuti petunjuk

d. Tahap IV

Halusinasi sudah sangat menakutkan dan tingkat ansietas berada pada tingkat panik. Secara umum halusinasi menjadi lebih rumit dan saling terkait dengan delusi. Karakteristik ditandai dengan pengalaman sensori menakutkan jika individu tidak mengikuti perintah halusinasinya, halusinasi bisa berlangsung dalam beberapa jam atau hari apabila tidak diintervensi (*psikotik*).

Perilaku yang teramati:

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

5. Jenis halusinasi

Jenis-jenis halusinasi menurut Sutejo (2016), yaitu :

a. Halusinasi pendengaran

Data subyektif:

- 1) Mendengar suara-suara / kegaduhan
- 2) Mendengar suara yang mengajaknya bercakap-cakap
- 3) Mendengar suara yang menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya

Data obyektif:

- 1) Bicara atau tertawa sendiri
- 2) Marah-marah tanpa sebab
- 3) Menyendengkan telinga kearah tertentu
- 4) Menutup telinga

b. Halusinasi penglihatan

Data subyektif:

- 1) Melihat bayangan
- 2) Melihat Sinar
- 3) Melihat bentuk geometris
- 4) Melihat bentuk kartoon
- 5) Melihat hantu atau monster

Data obyektif:

- 1) Menunjuk-nunjuk arah
- 2) Ketakutan pada sesuatu yang belum jelas

c. Halusinasi penghidu

Data obyektif:

Mengisap-isap seperti sedang membaui bau-bauan seperti bau darah, urine, feses kadang-kadang bau itu menyenangkan

d. Halusinasi pengecapan

Data subyektif:

Merasakan rasa seperti darah, urin atau feses

Data obyektif:

- 1) Sering meludah

- 2) Muntah
- e. Halusinasi perabaan
 - Data subyektif:
 - 1) Mengatakan ada serangga di permukaan kulit
 - 2) merasakan seperti tersengat listrik
 - Data obyektif
 - Menggaruk- garuk permukaan kulit

6. Tanda dan gejala halusinasi

Adapun tanda dan gejala halusinasi menurut Sutejo (2016), sebagai berikut :

- a. Data subyektif
 - 1) Mendengar suara-suara atau kegaduhan
 - 2) Mendengar suara-suara yang mengajaknya bercakap-cakap
 - 3) Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
 - 4) Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster
 - 5) Mencium bau-bauan seperti darah, urin, atau feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan
 - 6) Merasakan rasa seperti darah, urin, atau feses
 - 7) Merasa takut atau senang dengan halusinasinya
- b. Data obyektif
 - 1) Bicara atau tertawa sendiri
 - 2) Marah-marah tanpa sebab
 - 3) Mengarahkan telinga kearah tertentu
 - 4) Menutup telinga
 - 5) Menunjuk-nunjuk kearah 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

7. Mekanisme koping

Menurut Sutejo (2016), mekanisme koping dari halusinasi antara lain, yaitu :

- a. Regresi: berhubungan dengan proses informasi dan upaya yang digunakan untuk menanggulangi ansietas. Energi untuk aktivitas yang digunakan sehari-hari tinggal sedikit, sehingga pasien menjadi malas beraktifitas sehari-hari.
- b. Proyeksi: menjelaskan perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain.
- c. Menarik diri: sulit mempercayai orang lain dan asik dengan stimulus internal.
- d. Keluarga mengingkari masalah yang dialami pasien.

C. Konsep asuhan keperawatan gangguan sensori persepsi: halusinasi

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal didalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada pasien dan keluarga. Tanda dan gejala halusinasi dapat ditemukan dengan wawancara, melalui pertanyaan sebagai berikut.

- a) Dari pengamatan saya sejak tadi, ibu tampak seperti bercakap-cakap sendiri apa yang sedang ibu dengar/ lihat ?
- b) Apakah ibu melihat bayangan-bayangan yang menakutkan ?
- c) Apakah ibu mencium bau tertentu seperti wangi-wangian atau bau yang menjijikan ?
- d) Apakah ibu merasakan sesuatu yang menjalar di tubuh ibu ?
- e) Apakah ibu merasakan sesuatu yang menjijikan atau mengenakan?
- f) Seberapa sering ibu mendengar suara-suara atau melihat bayangan-bayangan tersebut ?
- g) Kapan ibu mendengar suara atau melihat bayangan-bayangan tersebut ?

- h) Pada situasi apa ibu mendengar suara / melihat bayangan tersebut ?
- i) Apa yang sudah ibu lakukan, ketika mendengar suara atau melihat bayangan tersebut ?

Tanda dan gejala halusinasi yang dapat ditemukan melalui observasi sebagai berikut.

- a) Pasien tampak bicara atau tertawa sendiri
- b) Marah-marah tanpa sebab
- c) Memiringkan atau mengarahkan telinga kearah tertentu atau menutup telinga
- d) Menunjuk-nunjuk kearah tertentu
- e) Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas
- f) Menghidu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu
- g) Menutup hidung
- h) Sering meludah
- i) Muntah
- j) Menggaruk permukaan kulit

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa yang muncul pada gangguan persepsi sensori sebagai berikut.

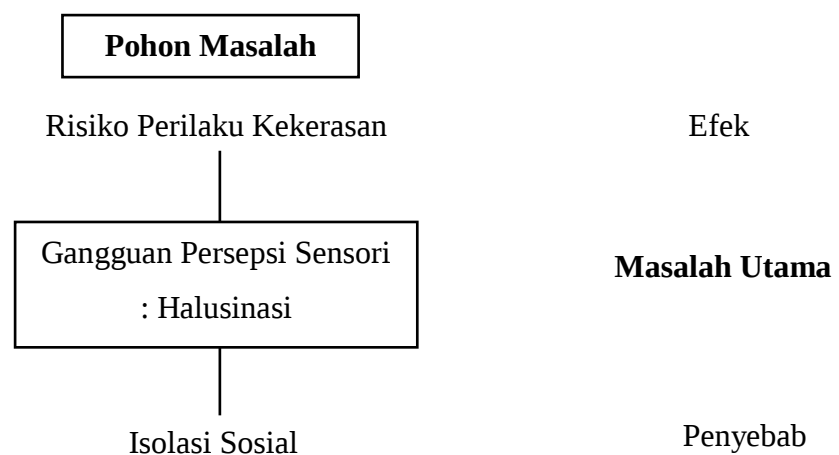


Diagram 2.2 Pohon masalah diagnosa gangguan persepsi sensori: halusinasi.

3. Rencana keperawatan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Perumusan dalam rencana keperawatan disusun sesuai dengan SMART, yaitu *specific* (berfokus pada pasien, singkat dan jelas), *measureable* (dapat diukur), *achievable* (dapat dicapai, realistis), *reasonable* (ditentukan oleh perawat dan pasien), dan *time* (kontrak waktu) (Budiono & Pertami, 2017).

Rencana keperawatan pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi menurut Sutejo (2016) :

a. Tujuan umum rencana keperawatan pada pasien halusinasi :

Pasien tidak mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan

b. Tuk 1

Pasien mampu membina hubungan saling percaya.

Diharapkan pasien mampu Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, pasien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapinya.

Intervensi yang akan dilakukan :

1) Bina hubungan saling percaya dengan mengemukakan prinsip komunikasi terapeutik :

- a) Sapa pasien dengan ramah baik verbal ataupun non verbal
- b) Perkenalkan diri dengan sopan
- c) Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien
- d) Jelaskan tujuan pertemuan
- e) Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya
- f) Beri perhatian kepada pasien dan perhatian kebutuhan dasar pasien

c. Tuk 2

Pasien mampu mengenal halusinasinya.

Diharapkan pasien mampu :

- 1) Menyebutkan waktu, isi, dan frekuensi timbulnya halusinasi.

Intervensi yang dilakukan :

- a) Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap
- b) Observasi tingkah laku pasien yang terkait dengan halusiansinya : bicara dan tertawa tanpa stimulus dan memandangan ke kiri/ kanan/ depan/ seolah-olah ada teman bicara.
- c) Bantu pasien mengenal halusinasinya dengan cara:
 - (1)Jika menemukan pasien sedang halusinasi: tanyakan apakah ada suara yang di dengarnya.
 - (2)Jika pasien menjawab ada, lanjutkan: apa yang dikatakan suara itu. Katakan bahwa perawat percaya pasien mendengar suara itu, namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh/ menghakimi).
 - (3)Katakan bahwa pasien lain juga ada seperti pasien.
 - (4)Katakan bahwa perawat akan membantu pasien

- 2) Pasien dapat mengungkapkan bagaimana perasaan terhadap halusinasi tersebut

Intervensi yang dilakukan :

- a) Diskusikan dengan pasien :
 - (1)situasi yang akan menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi (jika sendiri, jengkel, atau sedih)
 - (2)waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore, malam: terus- menerus atau sewaktu-waktu)
 - (3)diskusikan dengan pasien tentang apa yang dirasakannya jika terjadi halusinasi (marah, takut, sedih, senang), beri kesempatan kepada pasien untuk mengungkapkan perasaannya.

d. Tuk 3

1) Pasien dapat mengontrol halusinasinya.

Diharapkan pasien mampu:

- a) Pasien mampu menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya.
- b) Bersama pasien, identifikasi tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukkan diri, dll).
- c) Diskusikan manfaat dan cara yang digunakan pasien. Jika bermanfaat beri pujian kepada pasien.
- d) Pasien dapat menyebutkan cara baru mengontrol halusinasi
- e) Diskusikan dengan pasien tentang cara baru mengontrol halusinasi
 - (1) Menghardik/mengusir/ tidak memedulikan halusinasinya
 - (2) Bercakap-cakap dengan orang lain jika halusinasinya muncul
 - (3) Melakukan kegiatan sehari-hari

2) Pasien dapat mendemostrasikan cara menghardik/ mengusir/ tidak memedulikan halusinasinya

- a) Pasien dapat mendemostrasikan cara menghardik halusinasi: “pergi! Saya tidak mau mendengar kamu/ saya mau bercakap-cakap dengan suster”.
- b) Beri pujian atas keberhasilan pasien
- c) Minta pasien mengikuti contoh yang diberikan dan minta pasien mengulangnya
- d) Susun jadwal latihan pasien dan minta pasien untuk mengisi jadwal kegiatan

3) Pasien dapat mengikuti aktivitas kelompok

Anjurkan pasien untuk mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi realita dan stimulus persepsi.

4) Pasien dapat mendemostrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah halusinasi

- a) Pasien dapat menyebutkan jenis, dosis, waktu minum obat, serta manfaat obat tersebut (prinsip 5 benar: benar orang, benar obat, benar dosis, benar waktu dan benar cara pemberian).
- b) Diskusikan dengan pasien tentang jenis obat yang diminum (nama, warna dan besarnya): waktu minum obat (jika 3 kali pukul 07.00, 13.00, dan 19.00) dosis, cara.
- c) Diskusikan proses minum obat
 - (1) Pasien meminta obat kepada perawat (jika dirumah sakit), kepada keluarga (jika dirumah)
 - (2) Pasien memeriksa obat sesuai dosisnya
 - (3) Pasien minum obat pada waktu yang tepat
- d) Anjurkan pasien untuk bicara dengan dokter mengenai manfaat dan efek samping obat yang dirasakan

e. Tuk 4

Keluarga dapat merawat pasien dirumah da menjadi sistem pendukung yang efektif untuk pasien

1. Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda, dan tindakan untuk mengendalikan halusinasi

Diskusikan dengan keluarga pasien (pada saat berkunjung/ pada saat kunjungan rumah):

- a) Gejala halusinasi yang dialami pasien
- b) Cara yang dapat dilakukan pasien dan keluarga untuk memutuskan halusinasi
- c) Cara merawat anggota keluarga dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi dirumah: beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, berpergian bersama. Jika pasien sedang sendiri di rumah, lakukan kontak dengan telpon

- d) Beri informasi tentang tindak lanjut atau kapan perlu mendapatkan bantuan halusinasi tidak terkontrol dan risiko mencederai orang lain.
- 2. Keluarga dapat menyebutkan jenis obat, dosis, waktu pemberian, manfaat, serta efek samping obat
 - 1) Diskusikan dengan keluarga tentang jenis obat, dosis, waktu pemberian, manfaat, serta efek samping obat
 - 2) Anjurkan kepada keluarga untuk berdiskusi dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat.

Terapi aktivitas kelompok (TAK) menurut Keliat & Pawirowiyono (2014), sebagai berikut:

a) Sesi 1: Mengenal halusinasi

Tujuan: agar pasien 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

Tujuan: agar pasien 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

Tujuan: agar pasien mampu memahami pentingnya melakukan kegiatan untuk mencegah munculnya halusinasi dan menyusun jadwal kegiatan untuk mencegah terjadinya halusinasi.

d) Sesi 4: Mencegah Halusinai dengan bercakap-cakap

Tujuan: agar pasien mampu memahami pentingnya bercakap-cakap dengan orang lain untuk mencegah munculnya halusinasi dan bercakap-cakap dengan orang

lain untuk mencegah halusinasi.

e) Sesi 5: Mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat

Tujuan: agar pasien mampu memahami pentingnya patuh dalam minum obat, memahami akibat dari tidak patuh minum obat, dan dapat menyebutkan lima benar cara minum obat.

4. Tindakan keperawatan

Tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi. Tindakan keperawatan harus ditujukan juga untuk keluarga karena keluarga memegang peranan penting didalam merawat pasien dirumah setelah pasien pulang dari rumah sakit. Saat keluarga pasien datang menjenguk, perawat harus menemui keluarga untuk mengajarkan cara merawat pasien dengan halusinasi dirumah.

a. Tindakan keperawatan untuk pasien gangguan persepsi sensori halusinasi.

Tujuan: pasien mampu

1) Membina hubungan saling percaya

- a) Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien.
- b) Berkenalan dengan pasien: perkenalkan nama dan nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama panggilan yang pasien sukai.
- c) Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini.
- d) Buat kontrak asuhan keperawatan apa yang akan perawat lakukan bersama pasien, berapa lama akan dikerjakan, dan tempat pelaksanaan asuhan keperawatan.
- e) Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi.
- f) Setiap saat tunjukkan sikap empati kepada pasien.
- g) Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan.

2) Membantu pasien menyadari gangguan persepsi sensori halusinasi

- a) Tanyakan pendapat pasien tentang halusinasi yang dialaminya: tanpa mendukung dan menyangkal halusinasinya.
- b) Mengidentifikasi isi, frekuensi waktu terjadinya, situasi pencetus, perasaan, respon dan upaya yang sudah dilakukan pasien untuk menghilangkan atau mengontrol halusinasi.

3) Melatih mengontrol halusinasi

Secara rinci tahapan melatih pasien mengontrol halusinasi dapat dilakukan sebagai berikut:

- a) Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan mengardik, enam benar minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan dirumah seperti membereskan kamar, merapihkan tempat tidur serta mencuci pakaian.
- b) Berikan contoh mengardik, lima benar minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan dirumah seperti membereskan kamar, merapihkan tempat tidur serta mencuci pakaian.
- c) Berikan kesempatan pasien mempraktikkan cara mengardik, enam benar minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan dirumah seperti membereskan kamar, merapihkan tempat tidur serta mencuci pakaian yang dilakukan di hadapan perawat,
- d) Beri pujian untuk setiap kemajuan interaksi yang dilakukan oleh pasien
- e) Siap mendengarkan ekspresi perasaan pasien untuk mengontrol halusinasi. Mungkin pasien aka mengungkapkan keberhasilan atau kegagalannya. Beri dorongan terus mengungkapkan keberhasilan atau kegagalannya. Beri dorongan terus menerus agar pasien tetap semangat meningkatkan latihannya.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien atau hasil yang telah diamati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi itu terbagi menjadi dua yaitu evaluasi proses (formatif), dan evaluasi hasil (sumatif). Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai. Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna. Berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan/ ketidakstabilan, rekapitulasi, dan kesimpulan status kesehatan pasien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan. Dalam evaluasi juga terdapat SOAP untuk melihat keberhasilan tindakan keperawatan yang telah diberikan, antara lain ada S (subjektif) yang berarti keluhan pasien yang masih dirasakan setelah tindakan keperawatan dilakukan. O (objektif) yaitu, data berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi secara langsung. A (analisis) yang artinya interpretasi dari data subjektif dan objektif. Analisis suatu masalah atau suatu diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/ diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif. Ada P (*Planning*) yaitu, perencanaan keperawatan yang akan dilakukan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya (Budiono & Pertami, 2017). Evaluasi keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah dilakukan untuk pasien gangguan persepsi sensori halusinasi sebagai berikut:

a. Pasien mampu:

- 1) Mengungkapkan isi halusinasi yang didalaminya
- 1) Menjelaskan waktu dan frekuensi halusinasi yang dialami
- 2) Menjelaskan situasi yang mencetuskan halusinasi
- 3) Menjelaskan perasaannya ketika mengalami halusinasi

- 4) Menerapkan empat cara mengontrol halusinasi:
 - a) Menghardik halusinasi
 - b) Memenuhi program pengobatan
 - c) Bercakap dengan orang lain disekitarnya bila timbul halusinasi
 - d) Menyusun jadwal kegiatan dari bangun tidur dipagi hari sampai mau tidur pada malam hari selama tujuh hari (dalam seminggu) dan melaksanakan jadwal tersebut secara mandiri.
- 5) Menilai manfaat cara mengontrol halusinasi dalam mengendalikan halusinasi
 - a. Keluarga mampu:
 1. Menjelaskan halusinasi yang dialami oleh pasien
 2. Menjelaskan cara merawat pasien halusinasi melalui empat cara mengontrol halusinasi yaitu, menghardik, minum obat, cakap- cakap dan melakukan aktivitas dirumah
 3. Mendemonstrasikan cara merawat pasien halusinasi
 4. Menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah pasien
 5. Menilai dan melaporkan keberhasilannya merawat pasien.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pengkajian dilakukan pada tanggal 7 Januari 2020 di ruang Delima. Diagnosa medis F20.3. Sumber informasi yang didapatkan dalam pengkajian adalah dari pasien, rekam medis, dan perawat lainnya melalui wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik.

A. Pengkajian

1. Identitas pasien

Nn. P berjenis kelamin perempuan, berusia 26 tahun dengan status belum menikah, beragama Islam, suku bangsa Betawi, pendidikan terakhir SMA kelas dua, yang beralamatkan di KP. Kampung Rambutan-Jakarta Timur.

2. Alasan masuk

Pasien mengatakan mendengar suara-suara yang menyuruhnya untuk bunuh diri, pasien mengamuk di rumah, mencoba ingin bunuh diri, mengurung diri di rumah, gelisah, terus berusaha mencari pisau tidak mau bicara, tidak mau makan, dan tidak mau minum obat.

3. Faktor predisposisi

a. Biologis

Pasien tidak mengalami trauma kepala, cedera kepala, dan tidak menggunakan NAPZA. Keluarga pasien juga tidak ada yang memiliki riwayat gangguan jiwa hanya pasien saja. Pada tahun 2016 pasien dibawa ke RSKD Duren Sawit.

b. Psikososial

Pada tahun 2016 kedua orang tua pasien meninggal dunia perasaan pasien sedih dan murung karena sampai sekarang pasien masih merasakan kehilangan orang tuanya yang sudah meninggal dunia sejak tahun 2016. Pola asuh yang diterapkan kedua orang tuanya adalah pola asuh permisif yang memanjakan. Pasien tidak pernah mengalami atau

melakukan kekerasan dalam keluarga dan aniaya fisik.

c. Sosial budaya

Pada tahun 2012 saat pasien berusia 16 tahun kelas dua SMA pasien menjadi korban perundungan teman-temannya sehingga pasien memutuskan untuk putus sekolah. Pasien sudah berusia 26 tahun berstatus lajang, dan tidak bekerja.

Masalah keperawatan: keputusan, harga diri rendah kronik.

4. Faktor presipitasi

a. Biologis

Pasien tidak mengalami trauma kepala, tidak cedera kepala, dan tidak menggunakan NAPZA selama enam bulan terakhir. Pada bulan November 2019 pasien masuk ke RSKD Duren Sawit untuk yang kedua kalinya dan pada 1 Januari 2020 pasien masuk kembali untuk yang ketiga kalinya karena pasien mengamuk, mendengar suara-suara, dan mencoba bunuh diri sebelumnya memang pasien juga sempat tidak mau minum obat selama satu minggu yang lalu.

b. Psikososial

Pasien tidak pernah mengalami atau melakukan kekerasan dalam keluarga dan aniaya fisik selama 6 bulan terakhir.

c. Sosial budaya

Pada bulan November tahun 2019 pasien mengalami penolakan dilingkungan rumahnya pasien pernah mendengar para tetangga pasien sering berkomentar negatif tentang pasien ketika pasien mulai memakai hijab sehingga pasien tidak mau keluar rumah dan tidak mau berinteraksi dengan orang lain kecuali keluarganya. Pasien tidak pernah melakukan tindakan kriminal selama enam bulan terakhir.

Masalah keperawatan: GSP: halusinasi pendengaran, risiko bunuh diri, risiko perilaku kekerasan, harga diri rendah kronik, dan regimen terapi tidak efektif.

5. Pemeriksaan fisik

Hasil pemeriksaan fisik yang di dapatkan tinggi badan 160 cm dan berat badan pasien 50 kg. IMT pasien 19,53 masih dalam batas normal IMT orang dewasa, makan habis 1 porsi. Tekanan darah 100/70 mmhg, nadi 68x/menit, suhu 36,7°C, pernapasan 19x/menit.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

6. Psikososial

Genogram

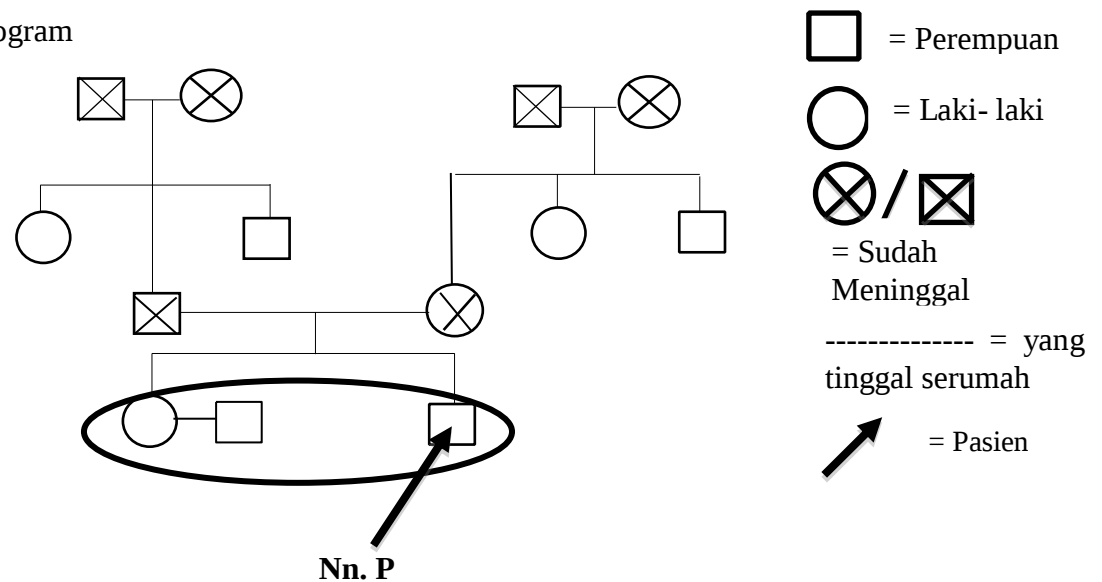


Diagram 3.1 : Genogram keluarga Nn. P

Pasien mengatakan pasien anak kedua dari 2 bersaudara dan pasien memiliki seorang kaka laki-laki, ayah dan ibunya sudah meninggal dunia. Pola asuh pada keluarga pasien cenderung permisif kepada anak-anaknya dimana ayah dan ibunya selalu menuruti keinginan anaknya.

Masalah keperawatan: tidak ditemukan masalah keperawatan

7. Konsep diri pasien

a) Gambaran diri

Pasien mengatakan suka dengan anggota tubuhnya yaitu mata dan rambut. Pasien tampak menyentuh dan memainkan rambutnya, menurut pasien mata dan rambut adalah anggota tubuh yang paling cantik. Tetapi pasien

merasa dirinya jelek dan hitam.

b) Identitas

Pasien mengatakan puas dengan identitasnya sebagai seorang perempuan.

c) Peran

Pasien memiliki peran sebagai seorang adik sejak orang tuanya sudah meninggal dunia. Pasien sebagai adik belum bisa membahagiakan kakak karena pasien hanya bisa berdiam diri didalam rumah, tidak mau bersosialisasi dengan orang lain karena tetangganya sering mencibirnya.

d) Ideal diri

Pasien ingin menjadi seorang guru karena suka dengan anak-anak kecil.

e) Harga diri

Pasien merasa dirinya tidak mampu dalam bidang akademik, tidak punya prestasi, pasien juga menganggap dirinya lemot dalam belajar dan dirinya tidak berguna. Semenjak pasien kehilangan kedua orang tuanya yang meninggal dunia pasien juga menjadi putus asa ingin bunuh diri karena pasien merasa tidak berguna lagi hidup tanpa kedua orang tuanya.

Masalah keperawatan: harga diri rendah kronik dan keputusan.

8. Hubungan sosial

Pasien mengatakan orang yang sangat berarti dalam hidupnya adalah ayah dan ibunya, karena kedua orang tuanya selalu menuruti keinginan pasien, tidak ada peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat, dan ada hambatan berhubungan dengan orang lain yaitu pasien mengatakan tidak mau berinteraksi dengan orang lain, namun pasien masih mau berinteraksi dengan keluarganya. Alasan pasien tidak mau berinteraksi dengan orang lain karena pasien merasa tidak percaya diri, pasien malu karena jelek, hitam dan lemot, pasien tampak selalu menyendiri di kamar, dan pasien tampak sangat sedih.

Masalah keperawatan: harga diri rendah kronik

9. Spiritual

Pasien mengatakan agama pasien Islam dan dirinya ingin sembuh dari penyakitnya saat ini. Kegiatan ibadah yang dilakukan pasien biasanya sebelum makan dan minum pasien membaca doa terlebih dahulu.

10. Status mental

a) Penampilan

Pakaian pasien tampak rapih dan sudah sesuai, rambut bersih dan rapih, kuku pasien pendek, tidak bau badan, ketika pasien BAK/BAB celana dilepas dan dipakai kembali dengan rapih, pasien mau berdandan apabila setelah mandi.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

b) Pembicaraan

Terkadang pembicaraan pasien tidak sesuai ketika sedang berinteraksi dan juga sesekali pasien tampak bingung ketika diajukan pertanyaan oleh perawat.

Masalah keperawatan : inkoherensi dan kebingungan

c) Aktivitas motorik

Pasien tampak gelisah dan kesal ketika mendengar suara-suara halusinasinya. Pasien tampak tidak lesu, tidak tegang, tremor.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

d) Alam perasaan

Alam perasaan pasien sedih dan murung karena sampai sekarang pasien masih merasakan kehilangan orang tuanya yang sudah meninggal dunia sejak tahun 2016 pasien juga menjadi putus asa ingin bunuh diri karena pasien merasa tidak berguna lagi hidup tanpa kedua orang tuanya. Pasien tampak putus asa, tampak tidak bersemangat dan juga selalu mengurung diri di kamar yang gelap.

Masalah keperawatan : Keputusasaan dan risiko bunuh diri

e) Afek

Pasien tampak mampu mengekspresikan mimik wajah sesuai dengan perasaan yang pasien ungkapkan.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

f) Interaksi selama wawancara

Pasien tampak kooperatif ketika berinteraksi dengan perawat, kontak mata sudah baik selama berinteraksi sekitar $\pm$ 15 menit.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

g) Persepsi

Halusinasi pendengaran: pasien mengatakan sering mendengar suara-suara yang menyuruhnya untuk bunuh diri. Suara tersebut terdengar seperti suara laki-laki dan terkadang seperti suara perempuan. Pasien mengatakan suara tersebut muncul 3 kali sehari, waktunya pada pagi, siang dan malam hari tetapi pada malam hari suaranya jarang muncul, suaranya muncul sekitar 1 menit, suara tersebut muncul ketika pasien tidak sedang beraktivitas, pasien merasa kesal ketika suara tersebut muncul namun pasien hanya diam saja, Pasien tampak gelisah, pasien tampak berbicara sendiri.

Masalah keperawatan : GSP: Halusinasi Pendengaran

h) Proses pikir

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

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

i) Isi pikir

Isi pikir pasien tampak sesuai tidak ditemukan tanda gejala waham.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

j) Tingkat kesadaran

Kesadaran pasien compos mentis. Orientasi waktu, tempat, orang cukup jelas. Ketika ditanya pasien sedang berada dimana “pasien mengatakan sedang berada di RSKD Duren Sawit”, ketika ditanya hari apa sekarang pasien menyebutkan “kalau hari ini hari rabu tanggal 08 Januari”, dan ketika ditanya nama teman sekamarnya dan nama perawat yang sedang berinteraksi dengan pasien saat itu pasien mampu menyebutkan “nama temannya Mariana, suster nya ada suster Sepyani, dan Annisa”.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

k) Memori

a. Memori jangka panjang

Pasien tidak memiliki gangguan daya ingat, pasien mampu mengingat masa lalunya ketika pasien mengalami perundungan oleh temannya di tahun 2012, kehilangan orang tuanya dan pertama kali masuk RSKD Duren Sawit ditahun 2016, kemudian dikomentari negatif oleh tetangganya karena berhijab ditahun 2019.

b. Memori jangka pendek

Pasien mampu mengingat kejadian dua hari yang lalu pasien lakukan seperti pasien mengatakan dirumah pasien mendengar suara- suara, mencoba bunuh diri tetapi gagal akhirnya pasien ngamuk- ngamuk kemudian dimasukkan ke RSKD Duren Sawit.

Pasien mampu mengingat nama dan hobi saat berkenalan dengan dengan temannya sekitar 10 menit yang lalu “namanya Uli, hobinya membaca”.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

l) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Ketika diberi pertanyaan “jika kamu punya dua buah permen kemudian suster meminta permen tersebut satu jadi tinggal berapa permen tersebut tersisa?” Pasien menjawab permennya tinggal satu.

Masalah keperawatan: tidak ditemukan masalah keperawatan

m)Kemampuan penilaian

Ketika diberikan pertanyaan “bangun tidur makan dulu atau mandi dulu?” Pasien menjawab mandi dulu.

Pasien tampak ragu membuat keputusan, dan pasien memerlukan waktu $\pm$ 3 menit untuk menjawab pertanyaan. Pasien termasuk mengalami gangguan ringan.

Masalah keperawatan: tidak ditemukan masalah keperawatan

n) Daya tilik diri

Pasien tidak mengingkari penyakit yang di deritanya dan pasien juga tidak menyalahkan hal- hal di luar dari dirinya

Masalah keperawatan: tidak ditemukan masalah keperawatan

11. Kebutuhan persiapan pulang

a) Makan/ minum

Pasien dapat makan dan minum secara mandiri tanpa berantakan.

b) Bab/bak

Pasien dapat bab/bak secara mandiri tanpa dibantu oleh perawat.

c) Mandi

Pasien dapat mandi secara mandiri tanpa dibantu oleh perawat

d) Berpakaian/berhias

Pasien dapat berpakaian dan berhias secara mandiri tanpa bantuan perawat

e) Istirahat dan tidur

Pasien biasa tidur siang selama kurang lebih 2-3 jam, pasien biasa tidur malam selama kurang lebih 6-7 jam, pasien mengatakan biasanya sebelum tidur pasien selalu melamun

f) Penggunaan obat

Pasien dapat minum obat secara mandiri tanpa dibantu

g) Pemeliharaan kesehatan

Pasien akan dilakukan perawatan lanjutan dirumah setelah pulang nanti

h) Kegiatan didalam rumah

Pasien jarang melakukan kegiatan didalam rumah

i) Kegiatan diluar rumah

Pasien tidak mengikuti kegiatan apapun diluar rumah

12. Mekanisme koping

Maladaptif: pasien mengatakan ketika sedang ada masalah pasien hanya diam saja karena pasien merasa malu menceritakan masalahnya kepada orang lain. Pasien tampak murung.

Masalah keperawatan: Mekanisme koping tidak efektif

13. Masalah psikososial dan lingkungan

Masalah dengan dukungan lingkungan, karena orang-orang di sekitar lingkungan rumahnya sering berkomentar negatif tentang pasien sehingga pasien tidak mau keluar rumah, dan tidak mau berinteraksi selain dengan keluarganya. Masalah dengan pendidikan, pasien mengatakan bahwa dirinya tidak lulus sma karena merasa dirinya tidak mampu dalam bidang akademik dan tidak punya prestasi, pasien juga menganggap dirinya lemot dalam belajar.

Masalah keperawatan: harga diri rendah kronik

14. Pengetahuan kurang tentang

Pasien mengatakan tidak teratur dalam minum obat saat dirumah, pasien hanya minum obat sekali dalam sehari yang seharusnya minum obat dua kali dalam sehari dan pasien juga sempat tidak mau minum obat selama satu minggu yang lalu.

Masalah keperawatan: Regimen terapi tidak efektif

15. Aspek medik

Diagnosa medik: F 20.3 (skizofrenia tak terinci)

Terapi medik: haloperidol 2x2mg (oral), olanzapine 2x10mg (oral), dan obat trihexyphenidil 1x2mg (oral).

16. Analisa data

Tanggal/jam	Data fokus	Masalah keperawatan
07 januari 2020 Jam 09.00 wib	Ds: - Pasien mengatakan sering mendengar suara-suara yang menyuruhnya untuk bunuh diri - Suara tersebut terdengar seperti suara laki-laki dan terkadang seperti suara perempuan - Pasien mengatakan suara tersebut muncul 3 kali sehari, waktunya pada pagi, siang dan malam hari tetapi pada malam hari suaranya jarang muncul - Suaranya muncul sekitar 1 menit - Pasien mengatakan suara tersebut muncul ketika pasien tidak sedang beraktivitas - Pasien merasa kesal ketika suara tersebut muncul namun pasien hanya diam saja Do: - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak bicara sendiri	GSP: Halusinasi pendengaran

Tanggal/jam	Data fokus	Masalah keperawatan
07 januari 2020 Jam 09.00 wib	Ds: 1. Pasien merasa dirinya tidak mampu dalam bidang akademik 2. tidak punya prestasi 3. pasien juga menganggap dirinya lemot dalam belajar dan dirinya tidak berguna 4. Semenjak pasien kehilangan kedua orang tuanya yang meninggal dunia pada tahun 2016 pasien merasa tidak berguna lagi hidup tanpa kedua orang tuanya 5. pasien mengatakan tidak mau berinteraksi dengan orang lain, namun pasien masih mau berinteraksi dengan keluarganya. 6. pasien tidak mau berinteraksi dengan orang lain karena pasien merasa tidak percaya diri 7. pasien malu karena jelek, hitam dan lemot. Do: 1.pasien tampak selalu menyendiri di kamar 2. Pasien tampak sangat sedih	Harga diri rendah kronik

Tanggal/jam	Data fokus	Masalah keperawatan
07 januari 2020	Ds: 1. Pasien mengatakan ngamuk-	Risiko perilaku kekerasan

Jam 09.00 wib	ngamuk dirumah 2. Pasien mengatakan merasa kesal ketika suara yang menyuruhnya bunuh diri muncul 3. Pasien menanyakan pisau kepada perawat untuk mencederai dirinya Do: 1. Pasien tampak gelisah 2. Pasien tampak kesal dan sesekali menanyakan pisau untuk mencederai dirinya	
---------------	---	--

Tanggal/jam	Data fokus	Masalah keperawatan
07 januari 2020 Jam 09.00 wib	Ds: 1. Pasien menanyakan pisau kepada perawat untuk bunuh diri. 2. Pasien mengatakan ingin mati saja 3. pasien mengatakan dirumah sudah pernah mendapatkan pisau untuk bunuh diri ketika ingin mencoba menyayat pergelangan tangannya kaka pasien melihatnya Do: 1. pasien tampak putus asa 2. Pasien tampak mengurung diri dikamar yang gelap 3. Pasien tampak gelisah	Risiko bunuh diri

Tanggal/jam	Data fokus	Masalah keperawatan
07 januari 2020 Jam 09.00 wib	Ds: 1. Pasien mengatakan ketika sedang ada masalah pasien hanya diam saja karena pasien merasa malu menceritakan masalahnya kepada orang lain. Do: 1. Pasien tampak murung.	Mekanisme koping Individu tidak efektif

Tanggal/jam	Data fokus	Masalah keperawatan
07 januari 2020 Jam 09.00 wib	Ds: 1. Pasien mengatakan masih merasakan kehilangan orangnya yang sudah meninggal dunia sejak tahun 2016 2. Pasien juga mengatakan menjadi putus asa ingin bunuh diri 3. Pasien merasa tidak berguna lagi hidup tanpa kedua orang tuanya Do: 1. Pasien tampak putus asa 2. Pasien tampak tidak bersemangat	Keputusasaan

Tanggal/jam	Data focus	Masalah keperawatan
07 januari 2020 Jam 09.00 wib	Ds: 1. Pasien mengatakan tidak teratur dalam minum obat saat dirumah 2. Pasien hanya minum obat sekali dalam sehari yang seharusnya minum obat dua kali dalam sehari. 3. Pasien juga sempat tidak mau minum obat selama satu minggu yang lalu. Do: -	Regimen terapi inefektif

17. Pohon masalah

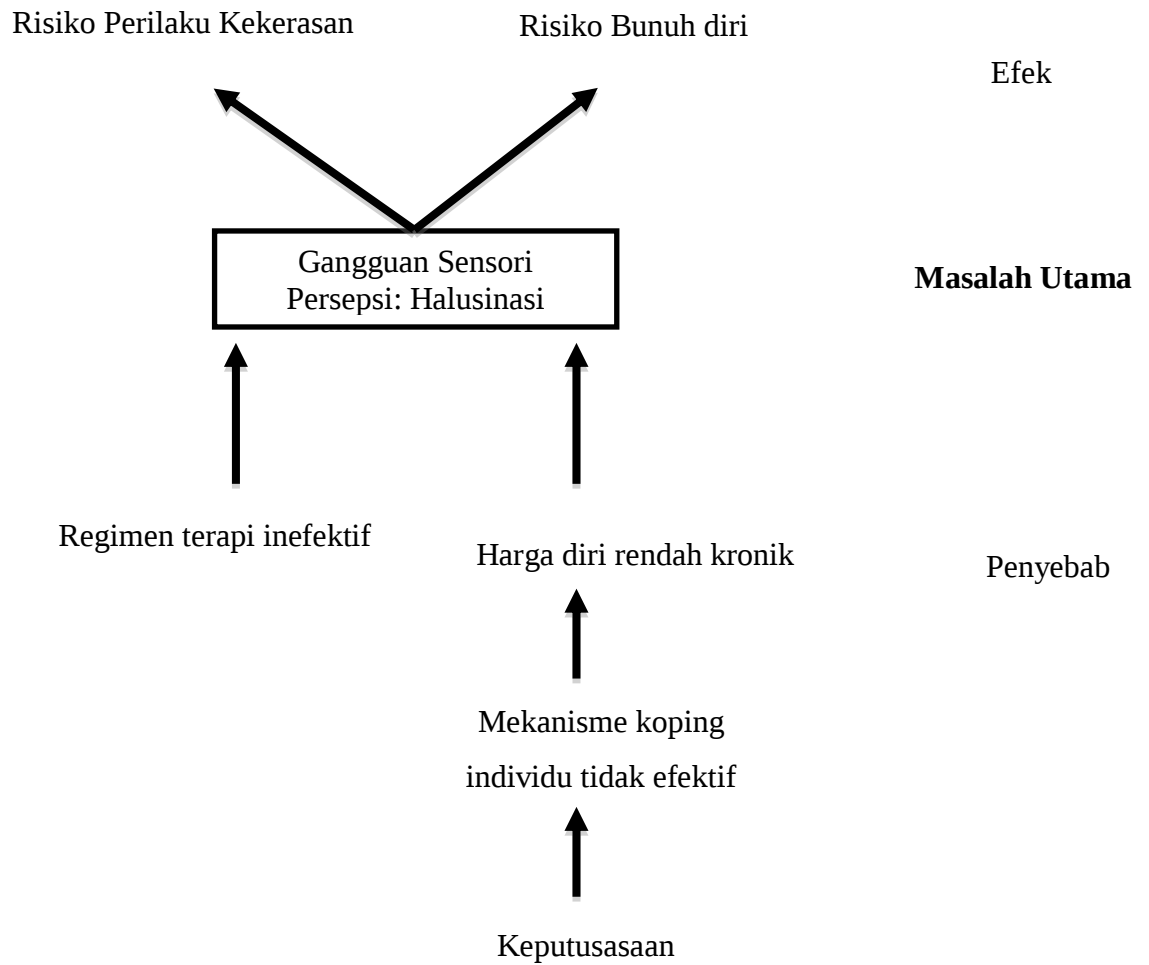


Diagram 3.2 : Pohon masalah Nn. P

B. Diagnosa keperawatan

1. GSP: halusinasi pendengaran
2. Risiko perilaku kekerasan
3. Risiko bunuh diri
4. Harga diri rendah kronik
5. Regimen terapi tidak efektif
6. Keputusan
7. Mekanisme koping individu tidak efektif

C. Perencana keperawatan

Rencana tindakan keperawatan :

2. Tujuan umum (TUM) : pasien tidak mencederai diri sendiri, lingkungan dan orang lain.
3. Tujuan khusus (TUK) pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi adalah pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat, dapat mengenal halusinasi dan dapat mengontrol halusinasi,

a. TUK 1: bina hubungan saling percaya

Kriteria hasil yang diharapkan meliputi pasien dapat menunjukkan ekspresi wajah yang bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, pasien mau duduk berdampingan dengan perawat, dan mau menggambarkan masalah yang dihadapinya. Tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi:

- a) Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien.
 - b) Berkenalan dengan pasien: perkenalkan nama dan nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama panggilan yang pasien sukai.
 - c) Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini.
 - d) Buat kontrak asuhan keperawatan apa yang akan perawat lakukan bersama pasien, berapa lama akan dikerjakan, dan tempat pelaksanaan asuhan keperawatan.
 - e) Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi.
 - f) Setiap saat tunjukkan sikap empati kepada pasien.
 - g) Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan.
- b. TUK 2: bantu pasien mengenali gangguan persepsi sensori halusinasi.
- Kriteria hasil yang diharapkan meliputi pasien dapat menyebutkan isi, frekuensi, waktu terjadinya, situasi pencetus, perasaan respon dan upaya untuk menangani gangguan persepsi sensori halusinasi. Tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi:

- c) Tanyakan pendapat pasien tentang halusinasi yang dialaminya: tanpa mendukung dan menyangkal halusinasinya.
 - d) Mengidentifikasi isi, frekuensi waktu terjadinya, situasi pencetus, perasaan, respon dan upaya yang sudah dilakukan pasien untuk menghilangkan atau mengontrol halusinasi.
- c. TUK 3: latih mengontrol halusinasi
- Kriteria hasil yang diharapkan meliputi pasien dapat mengetahui cara mengontrol halusinasi dan dapat mempraktikkan cara mengontrol halusinasinya. Tindakan keperawatan yang harus dilakukan meliputi:
- a) Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan mengardik, enam benar minum obat, bercakap- cakap dan melakukan kegiatan dirumah seperti membereskan kamar, merapihkan tempat tidur serta mencuci pakaian.
 - b) Berikan contoh mengardik, enam benar minum obat, bercakap- cakap dan melakukan kegiatan dirumah seperti membereskan kamar, merapihkan tempat tidur serta mencuci pakaian.
 - c) Berikan kesempatan pasien mempraktikkan cara mengardik, enam benar minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan dirumah seperti membereskan kamar, merapihkan tempat tidur serta mencuci pakaian yang dilakukan di hadapan perawat,
 - d) Beri pujian untuk setiap kemajuan interaksi yang dilakukan oleh pasien
 - e) Siap mendengarkan ekspresi perasaan pasien untuk mengontrol halusinasi. Mungkin pasien aka mengungkapkan keberhasilan atau kegagalannya. Beri dorongan terus mengungkapkan keberhasilan atau kegagalannya. Beri dorongan terus menerus agar pasien tetap semangat meningkatkan latihannya.

Tujuan Khusus dalam perencanaan dalam bentuk Strategi Pelaksanaan sebagai berikut, antara lain:

a. SP 1 GSP: halusinasi: 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, tanda dan gejala halusinasi.
- 4) Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik
- 5) Berikan contoh cara menghardik
- 6) Berikan waktu pasien untuk mencontohkan cara menghardik
- 7) Berikan pujian atas setiap tindakan

b. SP 2 GSP: halusinasi: minum obat

Setelah dilakukan 3 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 GSP: halusinasi: bercakap-cakap

Setelah dilakukan 4 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 GSP: halusinasi: melakukan aktivitas
- Setelah dilakukan 3 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: memberikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif.

D. Implementasi dan Evaluasi

Implementasi tindakan keperawatan pada pasien

1. Pertemuan 1 tanggal 07 Januari 2020 pukul 13.00 WIB.

DS:

- a. Pasien mengatakan sering mendengar suara-suara yang menyuruhnya untuk bunuh diri
- b. Suara tersebut terdengar seperti suara laki-laki dan terkadang seperti suara perempuan

- c. Pasien mengatakan suara tersebut muncul 3 kali sehari, waktunya pada pagi, siang dan malam hari tetapi pada malam hari suaranya jarang muncul
- d. Suaranya muncul sekitar 1 menit
- e. Pasien mengatakan suara tersebut muncul ketika pasien tidak sedang beraktivitas
- f. Pada saat suaranya muncul yang dilakukan adalah pasien hanya diam saja terkadang menutup telinga karena merasa sangat terganggu.
- g. Pasien mengatakan kesal ketika suara tersebut kembali muncul

DO:

- a. Pasien tampak gelisah
- b. Pasien tampak bicara sendiri

Melakukan SP 1 pertemuan 1

- 1) Bina hubungan saling percaya
- 2) Mengkaji halusinasi:
 - Tanyakan pada pasien tentang:
 - (a) Isi dari halusinasi
 - (b) Frekuensi munculnya halusinasi
 - (c) Waktu terjadi halusinasi
 - (d) situasi pencetus
 - (e) Perasaan ketika halusinasi muncul
 - (f) Respon ketika halusinasi muncul
 - (g) Upaya yang telah dilakukan 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

Rencana tindak lanjut:

- a) Latih mengontrol halusinasi dengan cara minum obat dengan 5 benar
- b) Latih mengontrol halusinasi dengan bercakap- cakap
- c) Latih mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas

Evaluasi subyektif:

- 1) Pasien mengatakan isi dari halusinasinya itu masih suara yang menyuruhnya bunuh diri
- 2) Suaranya halusinasinya yang muncul seperti suara perempuan
- 3) Suaranya sudah muncul ketika pagi dan siang hari tadi sebelum makan siang
- 4) Selama sedang interaksi dengan perawat suara tersebut tidak muncul
- 5) Suara halusinasinya datang sekitar 1 menit
- 6) Suara halusinasinya datang ketika pasien sedang berbaring di tempat tidur
- 7) Ketika suara halusinasinya datang pasien merasa sangat terganggu
- 8) Pasien hanya diam saja ketika suaranya datang
- 9) Pasien sudah mengerti bahwa dirinya mengalami halusinasi pendengaran
- 10) Pasien menjadi mengerti cara-cara mengontrol halusinasi ada 4 yaitu menghardik, minum obat, bercakap-cakap, dan melakukan aktivitas.
- 11) Pasien sudah mengerti cara menghardik dan akan melakukan menghardik jika suara itu muncul lagi

Evaluasi obyektif:

- 1) Pasien tampak lebih tenang
- 2) Kooperatif selama interaksi
- 3) Pasien tampak tidak berbicara sendiri
- 4) Pasien tampak sudah mengerti mengenai halusinasi

- 5) Pasien dapat menyebutkan 4 cara mengontrol halusinasi
- 6) Pasien tampak mampu melakukan cara menghardik.

Analisa:

1. GSP: halusinasi pendengaran
2. Kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi bertambah
3. Tanda dan gejala halusinasi yang dialami pasien berkurang.

Planning:

Pasien : Anjurkan pasien mengontrol halusinasi dengan menghardik 3x/hari

Perawat : Lakukan SP 2 GSP: Halusinasi Pendengaran

2. Pertemuan 2 tanggal 8 Januari 2020 pukul 14.30 WIB.

DS:

- a. Pasien mengatakan isi dari halusinasinya itu masih suara yang menyuruhnya bunuh diri
- b. Suaranya halusinasinya yang muncul seperti suara perempuan
 - a. Suaranya sudah muncul ketika pagi dan siang hari tadi sebelum makan siang
 - b. Selama sedang interaksi dengan perawat suara tersebut tidak muncul
- c. Suara halusinasinya datang sekitar 1 menit
- d. Suara halusinasinya datang ketika pasien sedang berbaring di tempat tidur
- e. Ketika suara halusinasinya datang pasien merasa sangat terganggu
- f. Pasien hanya diam saja ketika suaranya datang
- g. Pasien sudah mengerti bahwa dirinya mengalami halusinasi pendengaran
- h. Pasien menjadi mengerti cara-cara mengontrol halusinasi ada 4 yaitu menghardik, minum obat, bercakap-cakap, dan melakukan aktivitas.

- i. Pasien sudah mengerti cara menghardik dan akan melakukan menghardik jika suara itu muncul lagi

DO:

- a. Pasien tampak lebih tenang
- b. Kooperatif selama interaksi
- c. Pasien tampak tidak berbicara sendiri
- d. Pasien tampak sudah mengerti mengenai halusinasi
- e. Pasien dapat menyebutkan 4 cara mengontrol halusinasi
- f. Pasien tampak mampu melakukan cara menghardik.

SP 2 pertemuan 1 GSP: Halusinasi Pendengaran

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

Rencana tindak lanjut:

- a) Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap- cakap
- b) Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas

Evaluasi subyektif:

- 1) Pasien mengatakan sudah melakukan cara menghardik saat halusinasinya datang
- 2) Pasien merasa jadi lebih tenang
- 3) Pasien mengatakan halusinasinya datang pada siang saja, saat malam pasien tidak mendengar halusinasinya sehingga pasien dapat tertidur pulas, paginya pun halusinasinya tidak muncul

- 4) Halusinasinya masih dengan suara perempuan yang menyuruh bunuh diri
- 5) Tetapi suara itu muncul tidak lama hanya sekitar 20 detik saja
- 6) Pasien mengatakan cara mengontrol halusinasi dapat dengan menghardik, minum obat, mengobrol dengan orang lain, dan melakukan kegiatan.
- 7) Pasien mengatakan dirinya belum teratur dalam minum obat saat dirumah
- 8) Pasien mengatakan dirinya terkadang malas untuk minum obat saat dirumah
- 9) Pasien mengatakan jadi lebih mengerti tentang cara minum obat yang benar
- 10) Pasien mengatakan hanya ingat warna obatnya saja yaitu 2 obat warna kuning dan 1 obat warna putih
- 11) Pasien mengatakan biasanya minum obat ada yang 2 kali dalam sehari ada juga yang hanya 1 kali dalam sehari
- 12) Biasanya minum obatnya masing-masing sekali minum 1 tablet
- 13) Pasien mengatakan jadi mengetahui kegunaan dan efek samping dari obat yang diminumnya. Kegunaan obatnya untuk mengontrol halusinasi, dan efek samping yang pasien rasakan dari obatnya dapat membuat mengantuk, nafsu makan meningkat.
- 14) Pasien mengatakan belum paham tentang kontinuitas manfaat dari minum obat
- 15) Pasien mengatakan sulit untuk mengingat lengkap 5 cara benar minum obat, pasien hanya ingat warna, jadwal, cara dan dosis.

Evaluasi Obyektif:

- 1) Pasien kooperatif selama berinteraksi
- 2) Pasien tampak lebih tenang
- 3) Pasien mampu mempraktikkan kembali cara mengahrdik
- 4) Pasien mampu menyebutkan 4 cara mengontrol halusinasi
- 5) Pasien menyebutkan warna obat yang diminumnya

- 6) Pasien tidak mampu mengingat nama obat yang diminumnya
- 7) Pasien mampu menyebutkan jadwal minum obat
- 8) Pasien mampu mengingat dosis obat dalam bentuk tablet
- 9) Pasien hanya mampu menyebutkan satu kegunaan obat dari ketiga obat yang pasien minum
- 10) Pasien belum mampu mendemonstrasikan minum obat dengan 5 benar
- 11) Pasien tampak belum mengetahui pentingnya kontinuitas manfaat minum obat

Analisa:

1. GSP: halusinasi pendengaran
2. Kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi bertambah
3. Tanda dan gejala halusinasi yang dialami pasien berkurang.

Planning:

Pasien :

- a) Anjurkan mengontrol halusinasi dengan menghardik 2x/hari
- b) Anjurkan mengontrol halusinasi dengan cara 5 benar minum obat 2x/hari.

Perawat : Ulangi SP 2 GSP: Halusinasi Pendengaran

2. Pertemuan 3 tanggal 9 Januari 2020 pukul 10.00 WIB.

DS:

- a. Pasien mengatakan sudah melakukan cara menghardik saat halusinasinya datang
- b. Pasien merasa jadi lebih tenang
- c. Pasien mengatakan halusinasinya datang pada siang saja, saat malam pasien tidak mendengar halusinasinya sehingga pasien dapat tertidur pulas, paginya pun halusinasinya tidak muncul
- d. Halusinasinya masih dengan suara perempuan yang menyuruh bunuh diri

- e. Tetapi suara itu muncul tidak lama hanya sekitar 20 detik saja
- f. Pasien mengatakan cara mengontrol halusinasi dapat dengan menghardik, minum obat, mengobrol dengan orang lain, dan melakukan kegiatan.
- g. Pasien mengatakan dirinya belum teratur dalam minum obat saat dirumah
- h. Pasien mengatakan dirinya terkadang malas untuk minum obat saat dirumah
- i. Pasien mengatakan jadi lebih mengerti tentang cara minum obat yang benar
- j. Pasien mengatakan hanya ingat warna obatnya saja yaitu 2 obat warna kuning dan 1 obat warna putih
- k. Pasien mengatakan biasanya minum obat ada yang 2 kali dalam sehari ada juga yang hanya 1 kali dalam sehari
- l. Biasanya minum obatnya masing-masing sekali minum 1 tablet
- m. Pasien mengatakan jadi mengetahui kegunaan dan efek samping dari obat yang diminumnya. Kegunaan obatnya untuk mengontrol halusinasi, dan efek samping yang pasien rasakan dari obatnya dapat membuat mengantuk, nafsu makan meningkat.
- n. Pasien mengatakan belum paham tentang kontinuitas manfaat dari minum obat
- o. Pasien mengatakan sulit untuk mengingat lengkap 5 cara benar minum obat, pasien hanya ingat warna, jadwal, cara dan dosis.

DO:

- a. Pasien kooperatif selama berinteraksi
- b. Pasien tampak lebih tenang
- c. Pasien mampu mempraktikkan kembali cara mengahrdik
- d. Pasien mampu menyebutkan 4 cara mengontrol halusinasi
- e. Pasien menyebutkan warna obat yang diminumnya
- f. Pasien tidak mampu mengingat nama obat yang diminumnya
- g. Pasien mampu menyebutkan jadwal minum obat

- h. Pasien mampu mengingat dosis obat dalam bentuk tablet
- i. Pasien hanya mampu menyebutkan satu kegunaan obat dari ketiga obat yang pasien minum
- j. Pasien belum mampu mendemonstrasikan minum obat dengan 5 benar
- k. Pasien tampak belum mengetahui pentingnya kontinuitas manfaat minum obat

SP 2 pertemuan 2 GSP: Halusinasi Pendengaran

- 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.

Rencana tindak lanjut:

- a. Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap- cakap
- b. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas

Evaluasi Subyektif:

- 1) Pasien merasa jadi lebih tenang
- 2) Pasien mengatakan sudah melakukan cara menghardik 2 kali dalam sehari
- 3) Pasien mengatakan halusinasinya muncul pada siang saja saat pasien sedang berbaring ditempat tidur sendirian dan hanya terdengar 2 kali
- 4) Pasien mengatakan halusinasinya muncul dengan suara perempuan dan laki-laki yang menyuruh bunuh diri

- 5) Pasien mengatakan suara halusinasinya itu muncul sekitar 20 detik
- 6) Pasien mengatakan ketika halusinasinya muncul pasien langsung menghardiknya dengan menutup telinga dan memejamkan mata
- 7) Pasien mengatakan untuk mengontrol halusinasi dapat dengan cara menghardik, minum obat, mengobrol dengan orang lain, dan melakukan kegiatan.
- 8) Pasien mengatakan sekarang jadi lebih ingat cara minum obat 5 benar itu dengan mengecek obat, pasien, cara, waktu, dan dosis
- 9) Pasien mengatakan obat yang di minum pasien itu ada 3 yang putih namanya haloperidol dan yang kuning namanya olanzapine dan trihexypenidyl cara minum obatnya melalui mulut, waktunya biasanya pagi dan sore, dan dosisnya biasanya 1 tablet
- 10) Pasien mengatakan manfaat dari obat haloperidol untuk mengontrol halusinasi, olanzapine membuat pikiran tenang serta trihexypenidyl untuk menetralkan efek samping dari obat haloperidol dan olanzapine. Efek sampingnya yang pasien rasakan mengantuk, nafsu makan meningkat dan badan terasa lemas.
- 11) Pasien mengatakan jadi mengerti pentingnya mengkonsumsi obat sesuai dengan anjuran dokter dan tidak boleh diberikan kepada orang lain, membuangnya serta berhenti minum obat seenaknya.

Evaluasi Obyektif:

- a) Pasien tampak tenang
- b) Pasien kooperatif selama berinteraksi
- c) Pasien mampu melakukan cara menghardik
- d) Pasien mampu melakukan minum obat dengan 5 benar yaitu, menyebutkan nama, warna obat yang diminum, jadwal minum obat, cara minum obat, dosis obat.
- e) Pasien mampu menyebutkan nama obat, manfaat dan efek samping obat
- f) Pasien sudah memahami pentingnya kontinuitas dalam konsumsi obat

Analisa:

1. GSP: halusinasi pendengaran
2. Kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi bertambah
3. Tanda dan gejala halusinasi yang dialami pasien berkurang.

Planning:

Pasien :

- a. Anjurkan mengontrol halusinasi dengan menghardik 2x/hari
- b. Anjurkan mengontrol halusinasi dengan 5 cara benar minum obat 2x/hari
- c. Pasien dipindahkan ke ruangan Edelwis

Perawat : melakukan operan dengan perawat ruang Edelweis.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dijelaskan adakah kesenjangan antara teori dengan kasus yang telah ditemukan pada bab sebelumnya dalam penyusunan asuhan keperawatan pada pasien dengan GSP: Halusinasi pendengaran yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

A. Konsep Medik

Pada kasus pasien terdiagnosa F20.3 atau Skizofrenia tak terinci. Teori Lewis *et al.* (2015) dalam Yudhantara & Istiqomah (2018), mengatakan bahwa tanda gejala dari Skizofrenia tak terinci antara lain; memenuhi kriteria diagnosis untuk skizofrenia, tidak memenuhi kriteria untuk skizofrenia paranoid, hebefrenik, katatonik dan tidak memenuhi kriteria untuk skizofrenia residual atau depresi pasca-skizofrenia. Kriteria untuk mendiagnosis skizofrenia adalah adanya halusinasi, waham serta disorganisasi bahasa dan perilaku (Sadock *et.al*, 2015, dalam Yudhantara & Istiqomah, 2018). Tipe skizofrenia tak terinci ini memiliki gejala positif yang menonjol seperti halusinasi, waham, kebingungan atau memenuhi kriteria skizofrenia tetapi tidak dapat digolongkan pada tipe skizofrenia yang lain (Fahrul, Mukaddas, & Faustine, 2014). Hal ini dibuktikan dalam kasus pasien mengalami halusinasi pendengaran, pasien mengalami kebingungan dan inkoherensi. Bahwa kasus yang ditemukan sesuai dengan konsep dan teori dari skizofrenia tak terinci.

Skizofrenia terutama ditandai dengan gejala negatif dan positif. Gejala positif yaitu halusinasi, waham, perilaku yang kacau dan pembicaraan yang kacau. Gejala negatif yaitu afek tumpul, alogia, asosial, avolisi, abulia dan anhedonia (Yudhantara & Istiqomah, 2018). Gejala positif yang ditemukan pada pasien antara lain pasien mendengar suara-suara yang menyuruhnya bunuh diri.

Halusinasi adalah suatu gejala gangguan jiwa dimana penderita merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada. Penderita mengalami dan merasakan merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penciuman (Sutejo, 2016). Pada kasus tidak ditemukan adanya gejala waham, perilaku yang kacau dan pembicaraan yang kacau. Gejala negatif yang ditemukan pada kasus ini yaitu pasien mengalami avolis dimana pasien merasa tidak mampu dalam bidang akademik, tidak punya prestasi, dan juga menganggap dirinya lemot dalam belajar .

Berikut jenis obat pada pasien skizofrenia menurut Devi Tumanngor (2018), ada dua jenis agens tipikal yang berfungsi efektif memblok reaksi dopamine diarea reseptor, agens tipikal dianggap penting dalam menangani gejala positif. obatnya ada flufenazin, haloperidol, trihexypenidyl, artane, benzotropin, amantadin, trifluoroperazine, clorpromazin, thioridazin, bethanechol, dan pilocarpin. dan golongan agens atipikal dapat memblok area serotonin dan dopamine tertentu, digunakan untuk mengatasi gejala positif dan negatif. obatnya ada risperidone, nophernia dan benzisoxazole, olanzapine (zyprexa), quetiapine, dibenzothiazepin, clozapin, dibenzodiazepin, ziprasidone benzothiazoly, dan piperazine. Pada kasus mendapatkan terapi farmakologi haloperidol 2x2 mg, olanzapine 2x10mg, dan obat Trihexypenidil 1x2 mg.

Menurut teori dari Devi Tumanngor (2018), terapi farmakologi haloperidol masuk ke dalam golongan tipikal yang diberikan dengan dosis akut 5-20 mg/hari, dan dosis pemeliharaan 1-10 mg/hari. Fungsi dari obat haloperidol untuk mengurangi gejala positif skizofrenia dan efek samping dari obat haloperidol ini dapat menyebabkan mulut kering, kaku otot, kelelahan, peningkatan berat badan dan kantuk yang berat. Pada kasus pasien mendapatkan obat haloperidol dengan dosis 2x2 mg/hari, fungsi dari obat haloperidol untuk mengontrol halusinasi dan efek samping yang dirasakan pada pasien yaitu mengantuk.

Secara teori dalam Devi Tumanngor (2018), terapi farmakologi olanzapine masuk kedalam golongan atipikal yang diberikan dengan dosis obat 5-10 mg/hari dan fungsi dari obat olanzapine efektif dalam merawat skizofrenia kronis dan bipolar, efek samping pada obat olanzapine akan menimbulkan BB meningkat, mulut kering, pusing, konstipasi, dispepsia, peningkatan nafsu makan, dan tremor. Pada kasus pasien mendapatkan olanzapine 2x10mg/ hari, fungsi dari obat olanzapin membuat pikiran pasien menjadi tenang dan efek samping yang dirasakan pasien menjadi nafsu makan.

Menurut Devi Tumanngor (2018), terapi farmakologi trihexypenidyl masuk ke dalam golongan tipikal dan fungsi dari terapi farmakologi trihexypenidyl untuk mengobati efek samping obat berupa, gejala parkinson, distonia, kaku otot, kaku wajah, ansietas dan agitasi, menekan gejala ekstrapiramidal seperti perkinson dan akinesia, efek samping dari obat ini dapat membuat insomnia, dan konsentrasi terganggu. Pada kasus pasien mendapatkan obat trihexypenidil 1x2 mg/hari, berfungsi untuk menetralkan efek samping dari obat haloperidol dan juga obat olanzapin.

Pada kasus ini pemberian terapi farmakologinya sudah sesuai dengan konsep dan ini alasan penulis membahas konsep medik dikarenakan penulis sebagai perawat harus menjalankan peran antara lain advokat dimana perawat sebagai edukator yaitu harus memiliki pengetahuan serta mampu menyampaikan informasi dan penjelasan agar pasien lebih memahami dan merasa aman terutama berkaitan dengan terapi farmakologi yang diberikan.

B. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Menurut Sutejo (2016), faktor predisposisi terjadinya halusinasi pada faktor psikososial yaitu memiliki riwayat kegagalan yang berulang, menjadi korban/ pelaku maupun saksi dari perilaku kekerasan serta kurangnya kasih sayang dari orang-orang yang berarti bagi pasien serta perilaku orang tua yang overprotektif. Pada kasus faktor predisposisi

yang sesuai dengan penyebab GSP: Halusinasi pendengaran pada pasien karena adanya faktor psikososial yaitu kehilangan kedua orang tuanya yang telah meninggal dunia dan pola asuh yang keluarga pasien yang diterapkan adalah pola asuh permisif yang memanjakan pasien. Kehilangan juga mempengaruhi proses psikologis atau kejiwaan, jika individu tetap berada di satu tahap dalam waktu yang sangat lama bahkan bahkan bertahun-tahun dan tidak mencapai tahap penerimaan, disitulah awal terjadinya gangguan jiwa (Suzanna, 2018). Sedangkan, untuk penerapan pola asuh permisif yaitu, dimana kontrol orang tua kurang, bersifat longgar atau bebas, anak kurang dibimbing dalam mengatur dirinya, membuat keputusan sendiri dan dapat berbuat sekehendaknya sendiri. Permisif itu ada dua jenis ada yang bersifat memanjakan dan mengabaikan. Permisif memanjakan dengan membiarkan anaknya melakukan apapun yang mereka inginkan tanpa memberikan kendali terhadap anak tersebut (Yuniartiningtyas, 2012). Data menurut Fibriani, Elita, & Utama (2018), pola asuh yang berpotensi mengalami masalah mental emosional paling besar yaitu, pola asuh permisif (73,1%).

Menurut Sutejo (2016), sosio 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 serta pernah mengalami kegagalan dalam hubungan sosial (perceraian, hidup sendiri), serta tidak bekerja. Pada kasus faktor sosio budaya pasien disebabkan pasien menjadi korban perundungan di lingkungan sekolahnya dan putus sekolah hanya sampai SMA kelas 2 saja. Pasien juga sudah berusia 26 tahun berstatus lajang, dan tidak bekerja. Adanya kesenjangan bahwa tidak hanya faktor ekonomi yang rendah saja yang dapat menyebabkan gangguan jiwa. Namun, ekonomi yang berkecukupan juga bisa karena disebabkan oleh banyaknya faktor

pendukung lainnya yang membuat pasien gangguan jiwa seperti adanya penolakan dari teman-teman sekolahnya, tingkat pendidikan yang rendah.

Menurut Sutejo (2016), faktor presipitasi dari GSP: Halusinasi pendengaran yaitu adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronik, atau kelainan struktur otak, adanya riwayat kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan-kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan di keluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan pasien serta konflik antar masyarakat. Pada kasus faktor presipitasi yang dialami pasien sudah sempat tidak mau minum obat selama satu minggu yang lalu. Pasien mengalami penolakan di lingkungannya rumahnya para tetangga pasien sering berkomentar negatif kepada pasien ketika pasien mulai memakai hijab, sehingga pasien tidak mau keluar rumah dan tidak mau berinteraksi dengan orang lain kecuali keluarganya. Dari penolakan masyarakat terhadap pasien bisa disebut dengan adanya konflik antar pasien dengan masyarakat sehingga terjadinya putus interaksi dari pasien kepada masyarakat.

Pengkajian status mental yang ditemukan yaitu pembicaraan terkadang pembicaraan pasien tidak sesuai ketika sedang berinteraksi dan juga sesekali pasien tampak bingung ketika diajukan pertanyaan oleh perawat. Aktivitas motorik pasien tampak gelisah dan kesal ketika mendengar suara-suara halusinasinya. Pasien tampak tidak lesu, tidak tegang, dan tremor. Pada pengkajian persepsi pasien mengalami Halusinasi pendengaran: pasien mengatakan sering mendengar suara-suara yang menyuruhnya untuk bunuh diri. Suara tersebut terdengar seperti suara laki-laki dan terkadang seperti suara perempuan. Pasien mengatakan suara tersebut muncul 3 kali sehari, waktunya pada pagi, siang dan malam hari tetapi pada malam hari suaranya jarang muncul, suaranya muncul sekitar 1 menit, suara tersebut muncul ketika pasien tidak sedang beraktivitas, pasien merasa kesal ketika suara tersebut

muncul, pada saat suaranya muncul yang dilakukan pasien hanya diam saja, Pasien tampak gelisah, pasien tampak berbicara sendiri.

Halusinasi tahap IV sudah sangat menakutkan dan tingkat ansietas berada pada tingkat panik. Secara umum halusinasi menjadi lebih rumit dan saling terkait dengan delusi. Halusinasi menakutkan jika individu tidak mengikuti perintah halusinasinya, halusinasi bisa berlangsung dalam beberapa jam atau hari apabila tidak diintervensi (*psikotik*). Perilaku yang muncul pada pasien dengan GSP: Halusinasi yaitu Perilaku menyerang, teror seperti panik, Sangat potensial melakukan bunuh diri atau membunuh orang lain, Amuk, agitasi, dan menarik diri, Tidak mampu merespon terhadap petunjuk yang kompleks dan Tidak mampu merespon terhadap lebih dari satu orang (Sutejo, 2016). Pada kasus dari hasil data pengkajian yang sudah dilakukan pasien berada pada tahap IV halusinasi dimana pasien mencoba bunuh diri mengikuti perintah dari halusinasinya tersebut dan pasien juga mengamuk mengambil pisau di dapur rumahnya ketika halusinasinya mulai datang untuk menyuruhnya bunuh diri. Hal ini juga disebabkan karena pasien tidak patuh minum obat saat itu sehingga halusinasinya datang kembali dan mulai menguasai pasien tetapi ketika pasien sudah diberikan obat di rumah sakit bertahap pasien kembali tenang hanya saja sesekali pasien menanyakan pisau untuk bunuh diri dan juga pasien masih merasakan halusinasinya datang pada waktu tertentu.

Menurut Sutejo (2016), mekanisme koping pasien halusinasi itu ada regresi yaitu berhubungan dengan proses informasi dan upaya yang digunakan untuk menanggulangi ansietas energi untuk aktivitas yang digunakan sehari-hari tinggal sedikit, sehingga pasien menjadi malas beraktifitas sehari-hari, proyeksi adalah menjelaskan perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain, menarik diri adalah sulit mempercayai orang lain dan asik dengan stimulus internal dan keluarga mengingkari masalah yang

dialami pasien. Pada kasus mekanisme koping pasien dengan menarik diri, hal ini dibuktikan dengan Pasien mengatakan ketika sedang ada masalah pasien hanya diam saja karena pasien merasa malu menceritakan masalahnya kepada orang lain dan pasien juga tampak murung.

Faktor pendukung pada pasien dalam melakukan asuhan keperawatan yaitu pasien kooperatif dalam berinteraksi. Faktor penghambat dalam melakukan pengkajian tidak adanya kerjasama dengan pihak keluarga pasien karena selama melakukan asuhan keperawatan keluarga tidak berkunjung ke rumah sakit. Kurangnya kemampuan penulis dalam berkomunikasi selama melakukan pengkajian.

2. Diagnosa keperawatan

Tahapan pada diagnosa keperawatan yaitu diawali dengan melakukan analisa data sesuai dengan data tanda gejala yang ditemukan dari hasil observasi maupun wawancara. Kemudian dilanjutkan dengan pembuatan pohon masalah yang ditentukan berdasarkan penyebab, masalah utama, dan efek dari masalah utama. Selanjutnya melakukan pembuatan daftar diagnosa sesuai dengan rumusan analisa data dan juga pohon masalah.

Diagnosa keperawatan terdapat kesenjangan antara kasus dengan teori. Pada kasus diagnosa yang ditemukan antara lain GSP: Halusinasi sebagai *core problem*, mekanisme koping individu tidak efektif, keputusasaan, harga diri rendah kronik regimen terapi tidak efektif sebagai *causa*, dan risiko perilaku kekerasan, risiko bunuh diri sebagai *effect*. Sedangkan yang ditemukan pada teori GSP: Halusinasi sebagai *core problem*, isolasi sosial sebagai *causa*, dan risiko perilaku kekerasan sebagai *effect* (Sutejo, 2016). Alasan ditegakkan diagnosa keperawatan utama GSP: Halusinasi sebagai *core problem* karena pada saat pengkajian dan observasi, data yang sering muncul adalah halusinasi.

Pada kasus diagnosa keperawatan harga diri rendah, mekanisme koping individu tidak efektif, keputusan, dan regimen terapi tidak efektif juga ditegakkan sebagai *causa*. Harga diri rendah dibuktikan dengan perkataan pasien yang mengatakan bahwa Pasien mengatakan tidak mau berinteraksi dengan orang lain karena pasien merasa tidak percaya diri, malu karena dirinya jelek dan hitam, merasa dirinya tidak mampu dalam bidang akademik dan tidak punya prestasi, pasien juga menganggap dirinya lemot dalam belajar dan mengatakan dirinya tidak berguna. Mekanisme koping individu tidak efektif dibuktikan dengan pasien mengatakan ketika sedang ada masalah pasien hanya diam saja karena pasien merasa malu menceritakan masalahnya kepada orang lain. keputusan dibuktikan dengan data pasien mengatakan masih merasakan kehilangan orangnya yang sudah meninggal dunia sejak tahun 2016, menjadi putus asa ingin bunuh diri, merasa tidak berguna lagi hidup tanpa kedua orang tuanya. Regimen terapi tidak efektif dibuktikan dengan pasien mengatakan sudah sempat tidak mau minum obat selama satu minggu yang.

Diagnosa keperawatan risiko perilaku kekerasan, risiko bunuh diri ditegakkan sebagai *effect*. Ditegakkan diagnosa risiko perilaku kekerasan dibuktikan adanya data yang menyatakan bahwa pasien mengatakan ngamuk-ngamuk di rumah, merasa kesal ketika suara yang menyuruhnya bunuh diri muncul dan pasien juga menanyakan pisau kepada perawat untuk mencederai dirinya. Kemudian ditegakkan juga diagnosa keperawatan risiko bunuh diri karena pasien menanyakan pisau kepada perawat untuk bunuh diri, mengatakan ingin mati saja, dan pasien mengatakan di rumah sudah pernah mendapatkan pisau untuk bunuh diri ketika ingin mencoba menyayat pergelangan tangannya maka pasien melihatnya.

Faktor pendukung yang mempermudah dalam merumuskan diagnosa keperawatan adalah sumber referensi yang jelas, adanya data yang

sesuai dengan diagnosa khususnya untuk pasien dengan GSP: Halusinasi. Serta tidak adanya faktor penghambat selama pengangkatan diagnosa.

3. Perencanaan keperawatan

Dalam merumuskan rencana keperawatan disusun sesuai dengan smart, yaitu *specific* (berfokus pada pasien, singkat dan jelas), *measurable* (dapat diukur), *achievable* (dapat dicapai, realistis), *reasonable* (ditentukan oleh perawat dan pasien), dan *time* (kontrak waktu) (Budiono & Pertami, 2017). Menurut Sutejo (2016), bahwa perencanaan keperawatan pasien dengan GSP: Halusinasi meliputi 4 Tujuan Khusus (TUK) yaitu TUK 1 dimana pasien dapat membina hubungan saling percaya, TUK 2 dimana pasien mampu mengenal halusinasinya, TUK 3 diharapkan pasien dapat mengontrol halusinasinya, dan TUK 4 diharapkan keluarga dapat merawat pasien di rumah dan menjadi system pendukung yang efektif untuk pasien. Pelaksanaan 4 TUK untuk diagnosa GSP: Halusinasi dalam bentuk Strategi Pelaksanaan (SP), yang terdiri dari SP 1 sampai 4.

Adapun contoh SMART dalam Strategi pelaksanaan (SP) yaitu *specific* terdapat pada SP 1 GSP: Halusinasi pendengaran, dimana tindakan yang akan diberikan kepada pasien sangat khusus seperti menghardik yang hanya dilakukan pada diagnosa halusinasi tidak pada diagnose lainnya. *Measurable* terdapat pada SP 2 Halusinasi dimana tindakan yang akan diberikan kepada pasien yaitu minum obat dengan 5 benar salah satunya ada dosis yang diberikan sudah sesuai dengan instruksi dokter dan bisa diukur serta tindakan mandiri pasien yang sudah terjadwal dalam melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi. *Achievable* tujuan dari tindakan yang akan dilakukan kepada pasien seperti diharapkan pasien mampu melakukan BHSP dengan perawat. *Reasonable* yaitu dimana pasien dan perawat dapat menentukan jadwal kegiatan yang akan dilakukan. *Time* yaitu kontrak waktu sebelum

melakukan tindakan dan juga waktu untuk menentukan intervensi selanjutnya.

SP 1 direncanakan untuk dilakukan sebanyak 3 kali pertemuan, hal ini dikarenakan pasien sudah lebih kooperatif dan mau diajak untuk membina hubungan saling percaya dengan perawat, tetapi masih menunjukkan tanda gejala GSP: Halusinasi seperti pasien masih tampak gelisah dan tampak bicara sendiri. SP 2 direncanakan sebanyak 3 kali pertemuan, hal ini dikarenakan pasien sudah kooperatif ketika di kaji dan pasien juga sudah dua kali masuk RSKD Duren Sawit sebelumnya tetapi untuk yang ketiga kalinya pasien masuk RSKD Duren Sawit disebabkan tidak patuh obat. SP 3 direncanakan sebanyak 4 kali pertemuan, dikarenakan pasien sudah kooperatif tetapi pasien belum mampu memulai percakapan dengan orang lain. SP 4 direncanakan sebanyak 3 kali, hal ini dikarenakan pasien lebih sering berbaring tanpa melakukan aktivitas secara mandiri.

Pada konsep atau teori mengatakan bahwa pasien dengan GSP: halusinasi mendapatkan terapi individu, keluarga dan kelompok. Tetapi pada kasus hanya diberikan terapi individu, hal ini dikarenakan terapi kelompok tersebut hanya diperbolehkan saat pasien berada di ruang tenang sesuai dengan ketentuan dari pihak rehabilitasi RSKD. Kriteria pasien halusinasi yang sudah kooperatif, serta emosi pasien sudah stabil. Sedangkan, di ruang subakut rata-rata banyak pasien yang belum terkontrol halusinasinya, dan tidak kooperatif. Namun, ketika pasien dipindahkan ke ruang tenang edelweis sudah kebijakan RSKD juga bahwa penulis tidak boleh melakukan tindakan apapun di ruangan tersebut sehingga membuat penulis menjadi terbatas melakukan asuhan keperawatan kepada pasien.

Pada kasus ini juga terapi kepada keluarga tidak dilakukan dikarenakan selama melakukan asuhan keperawatan, keluarga pasien tidak datang

berkunjung ke RSKD sehingga penulis tidak dapat melakukan perencanaan terapi keluarga.

Faktor pendukung selama merumuskan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan GSP: Halusinasi dengan adanya sumber yang mendukung dalam penyusunan rencana tindakan baik dari buku maupun arahan dari dosen pembimbing. Faktor penghambat adalah mayoritas perawat ruangan yang tidak melaksanakan strategi pelaksanaan pada pasien di ruangan. Adanya keterbatasan melakukan tindakan pada pasien diruangan tertentu, sehingga tidak dilakukannya tindakan tersebut.

4. Implementasi keperawatan

Strategi Pelaksanaan (SP) 1 direncanakan sebanyak 3 kali pertemuan, namun pada pelaksanaannya penulis melakukan implementasi sebanyak 1 kali. Hal ini dikarenakan pada SP 1 pasien sudah sangat kooperatif dan sudah mampu mencapai kriteria evaluasi yang diharapkan. Sebelum dilakukannya SP 1 Halusinasi dengan data Subjektif pasien mengatakan sering mendengar suara-suara yang menyuruhnya untuk bunuh diri, suara tersebut terdengar seperti suara laki-laki dan terkadang seperti suara perempuan, pasien mengatakan suara tersebut muncul 3 kali sehari, waktunya pada pagi, siang dan malam hari tetapi pada malam hari suaranya jarang muncul, suaranya muncul sekitar 1 menit, pasien mengatakan suara tersebut muncul ketika pasien tidak sedang beraktivitas, pada saat suaranya muncul yang dilakukan adalah pasien hanya diam saja terkadang menutup telinga karena merasa sangat terganggu, pasien mengatakan kesal ketika suara tersebut kembali muncul. Data obyektif pasien tampak gelisah dan pasien tampak bicara sendiri.

SP 2 direncanakan 3 kali pertemuan, namun yang perawat implementasikan 2 kali karena pada saat pertemuan yang pertama

pasien masih belum lengkap menyebutkan komponen SP 2, dan pada saat pertemuan yang kedua pasien sudah mampu mencapai target evaluasi.

Pelaksanaan melakukan SP 2 pertemuan 1 GSP: Halusinasi pendengaran data subyektif yang didapatkan pasien mengatakan isi dari halusinasinya itu masih suara yang menyuruhnya bunuh diri, suaranya halusinasinya seperti suara perempuan, suaranya sudah muncul ketika pagi dan siang hari tadi sebelum makan siang, selama sedang interaksi dengan perawat suara tersebut tidak muncul, suara halusinasinya datang sekitar 1 menit, suara halusinasinya datang ketika pasien sedang berbaring di tempat tidur, ketika suara halusinasinya datang pasien merasa sangat terganggu, pasien hanya diam saja ketika suaranya datang, pasien sudah mengerti bahwa dirinya mengalami halusinasi pendengaran, pasien menjadi mengerti cara- cara mengontrol halusinasi ada 4 yaitu menghardik, minum obat, bercakap-cakap, dan melakukan aktivitas, pasien sudah mengerti cara menghardik dan akan melakukan menghardik jika suara itu muncul lagi. Data obyektif pasien tampak lebih tenang, kooperatif selama interaksi, pasien tampak tidak berbicara sendiri, pasien tampak sudah mengerti mengenai halusinasi, pasien dapat menyebutkan 4 cara mengontrol halusinasi dan pasien tampak mampu melakukan cara menghardik.

Pelaksanaan sebelum melakukan SP 2 Pertemuan 2 GSP: Halusinasi pendengaran dengan data subyektif pasien mengatakan sudah melakukan cara menghardik saat halusinasinya datang, pasien merasa jadi lebih tenang, pasien mengatakan halusinasinya datang pada siang saja, saat malam pasien tidak mendengar halusinasinya sehingga pasien dapat tertidur pulas, paginya pun halusinasinya tidak muncul, pasien mengatakan halusinasinya datang pada siang saja, saat malam pasien tidak mendengar halusinasinya sehingga pasien dapat tertidur pulas, paginya pun halusinasinya tidak muncul, halusinasinya masih dengan

suara perempuan yang menyuruh bunuh diri, tetapi suara itu muncul tidak lama hanya sekitar 20 detik saja pasien mengatakan cara mengontrol halusinasi dapat dengan menghardik, minum obat, mengobrol dengan orang lain, dan melakukan kegiatan, pasien mengatakan dirinya belum teratur dalam minum obat saat dirumah, pasien mengatakan dirinya terkadang malas untuk minum obat saat dirumah, pasien mengatakan jadi lebih mengerti tentang cara minum obat yang benar, pasien mengatakan hanya ingat warna obatnya saja yaitu 2 obat warna kuning dan 1 obat warna putih, pasien mengatakan biasanya minum obat ada yang 2 kali dalam sehari ada juga yang hanya 1 kali dalam sehari, biasanya minum obatnya masing-masing sekali minum 1 tablet, pasien mengatakan jadi mengetahui kegunaan dan efek samping dari obat yang diminumnya. Kegunaan untuk mengontrol halusinasi, dan efek samping yang pasien rasakan dari obatnya dapat membuat mengantuk, nafsu makan meningkat, pasien mengatakan belum paham tentang kontinuitas manfaat dari minum obat, pasien mengatakan sulit untuk mengingat lengkap 5 cara benar minum obat, pasien hanya ingat warna, jadwal, cara dan dosis. Data obyektif pasien kooperatif selama berinteraksi, pasien tampak lebih tenang, pasien mampu mempraktikkan kembali cara mengahrdik, pasien mampu menyebutkan 4 cara mengontrol halusinasi, pasien menyebutkan warna obat yang diminumnya, pasien tidak mampu mengingat nama obat yang diminumnya, pasien mampu menyebutkan jadwal minum obat, pasien mampu mengingat dosis obat dalam bentuk tablet, pasien hanya mampu menyebutkan satu kegunaan obat dari ketiga obat yang pasien minum, pasien belum mampu mendemonstrasikan minum obat dengan 5 benar, pasien tampak belum mengetahui pentingnya kontinuitas manfaat minum obat.

SP 3 dan 4 perawat belum melakukan implementasi disebabkan adanya keterbatasan waktu melakukan implementasi diruangan tersebut dan pasien juga sudah pindah keruangan lain. TAK tidak dilakukan

dikarenakan pasien dipindahkan keruangan Edelweis dan diruangan tersebut hanya boleh perawat rumah sakit yang melakukan tindakan.

Faktor pendukung dalam melakukan tindakan keperawatan yaitu pasien yang kooperatif sehingga pasien menjadi mudah memahami informasi yang diberikan selama pelaksanaan tindakan keperawatan dan terbinanya hubungan saling percaya antara pasien dan perawat. Faktor penghambat adanya kebijakan dari pihak RSKD sehingga membuat penulis tidak dapat melakukan terapi TAK diruang Edelweis. Selama penulis melakukan asuhan keperawatan keluarga pasien juga tidak berkunjung ke RSKD sehingga penulis tidak dapat memberikan terapi pada keluarga pasien.

5. Evaluasi keperawatan

Menurut Budiono & Pertami (2017), evaluasi itu terbagi menjadi dua yaitu evaluasi proses (formatif), dan evaluasi hasil (sumatif). Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah di ditentukan tercapai sedangkan evaluasi sumatif ini berupa SOAP.

Pada SP 1 pertemuan 1 evaluasi setelah dilakukan tindakan. Tanda gejala yang berkurang pada pasien yaitu, pasien sudah tidak berbicara sendiri, tidak gelisah, frekuensi halusinasinya berkurang menjadi pagi dan siang serta selama berinteraksi halusinasinya tidak muncul. Pasien setelah dilakukannya tindakan pasien sudah mampu mengenali halusinasinya, dan mampu mengontrol halusinasi dengan menghardik.

SP 2 pertemuan 1 evaluasi setelah setelah dilakukan tindakan. Tanda gejala yang berkurang pada pasien yaitu, pasien tidak gelisah, menjadi lebih tenang, tidak tampak bicara sendiri, durasi datangnya halusinasi berkurang menjadi 30 detik dan halusinasinya tidak muncul selama

berinteraksi. Pasien setelah dilakukannya tindakan pasien sudah mampu menyebutkan 4 cara mengontrol halusinasi, mampu mempraktikkan kembali cara menghardik, mampu menyebutkan warna obat yang diminumnya, mampu menyebutkan jadwal minum obat, dosis obat, dan mampu menyebutkan efek samping obat, namun pasien belum mampu mendemonstrasikan minum obat dengan 5 benar.

Sp 2 pertemuan 2 SP 2 pertemuan 1 evaluasi setelah setelah dilakukan tindakan. Tanda gejala yang berkurang pada pasien yaitu, pasien tampak tenang, kooperatif selama berinteraksi, durasi halusinasinya masih sama sekitar 30 detik, halusinasinya muncul 2 kali, halusinasinya tidak muncul selama berinteraksi dan pasien tampak tidak bicara sendiri. Pasien setelah dilakukannya tindakan pasien sudah mampu menyebutkan 4 cara mengontrol halusinasi, melakukan cara menghardik, mampu melakukan minum obat dengan 5 benar yaitu, menyebutkan nama, warna obat yang diminum, jadwal minum obat, cara minum obat, dosis obat, pasien mampu menyebutkan manfaat dan efek samping obat dan pasien sudah memahami pentingnya kontinuitas dalam konsumsi obat, sudah melakukan cara menghardik 2 kali dalam sehari dan Pasien mengatakan ketika halusinasinya muncul pasien langsung menghardiknya dengan menutup telinga dan memejamkan mata serta minum obat.

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna. Berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan/ ketidakstabilan, rekapitulasi, dan kesimpulan status kesehatan pasien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan (Budiono & Pertami, 2017). Dari hasil evaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan dari SP 1-2 didapatkan hasil bahwa pasien merasa jadi lebih tenang, mampu mengenali halusinasi, mampu memahami cara mengontrol halusinasi dapat dengan menghardik, minum obat, mengobrol dengan orang lain, dan melakukan kegiatan. Pasien sudah mampu melakukan menghardik dan melakukan 5 cara benar minum obat,

mampu mengetahui nama obat, dosis, manfaat, efek samping dan kontinuitas dalam mengkonsumsi obat.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Diagnosa medis F.20.3 sudah sesuai dg teori dengan tanda dan gejala mempunyai ciri khas pada tanda dan gejala sebagai berikut yang ditemukan pada kasus pasien mengalami halusinasi pendengaran, pasien mengalami kebingungan dan inkoherensi. Sehingga mendapatkan terapi medik antara lain haloperidol 2x2mg yang masuk kedalam golongan agens tipikal, olanzapine 2x10mg yang masuk kedalam golongan atipikal, dan obat trihexyphenidil 1x2mg masuk kedalam golongan tipikal. Antara penatalaksanaan medik dan juga pemberian terapi farmakologi kepada pasien sudah sesuai dengan konsep teori. Dalam penatalaksanaan medik perawat melakukan peran sebagai kolaborator dan dalam intervensi keperawatan yaitu SP 2 perawat melakukan edukasi terkait kepatuhan minum obat.

Implementasi yang diberikan SP 1 dilaksanakan sebanyak 1 kali pertemuan dikarenakan pasien sudah mampu melakukan menghardik dengan benar, dan SP 2 dilaksanakan sebanyak 2 kali dikarenakan pada pertemuan pertama pasien masih belum mampu mengingat komponen 5 benar secara tepat dan untuk pertemuan kedua pasien sudah mampu menyebutkan dan melakukan cara minum obat dengan 5 benar secara tepat. Kendala yang dihadapi adanya keterbatasan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien di ruangan tertentu, secara umum pasien sudah sangat kooperatif hanya saja apabila memberikan edukasi kepada pasien memang memerlukan waktu pertemuan beberapa kali agar pasien dapat memahami.

Evaluasi yang ditemukan pada pasien adalah secara subyektif dan obyektif sudah menunjukkan penurunan tanda dan gejala antara lain dari evaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan dari SP 1-2 didapatkan hasil bahwa pasien merasa jadi lebih tenang dan mampu mengenali halusinasi. Serta kemampuan yang meningkat adalah mampu memahami cara mengontrol halusinasi dapat dengan menghardik, minum obat, mengobrol dengan orang lain, dan melakukan kegiatan. Pasien sudah mampu melakukan menghardik dan melakukan 5 cara benar minum obat, mampu mengetahui nama obat, dosis, manfaat, efek samping dan kontinuitas dalam mengkonsumsi obat.

B. Saran

1. Bagi mahasiswa

Mahasiswa diharapkan dapat terus meningkatkan kemampuan komunikasi terapeutik khususnya pada pasien dengan gangguan jiwa.

2. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan untuk dapat memberikan pandangan praktik klinik secara real sebelum melakukan praktik klinik seperti kunjungan ke RS jiwa sebelum praktik klinik.

3. Bagi rumah sakit

Diharapkan dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa dengan menambah kualitas pertemuan dengan pasien dalam pemberian asuhan keperawatan jiwa.

Daftar Pustaka

- Amin, M. Al, & Juniati, D. (2017). Klasifikasi Kelompok Umur Manusia Berdasarkan Analisis Dimensi Fraktal Box Counting Dari Citra Wajah Dengan Deteksi Tepi Canny. *Jurnal Ilmiah Matematika*.
- Andriani, N., Elita, V., & Rahmalia, S. (2018). *HUBUNGAN BENTUK PRILAKU BULLYING DENGAN TINGKAT STRES PADA REMAJA KORBAN BULLYING*. 429–435.
- <https://jom.unri.ac.id/index.php/JOMPSIK/article/view/19189>
- Anggarawati, T., & Wulan Sari, N. (2016). KEPENTINGAN BERSAMA PERAWAT-DOKTER DENGAN KUALITAS PELAYANAN KEPERAWATAN. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*.
- <https://doi.org/10.26753/jikk.v12i1.139>
- Budiono, & Pertami, S. B. (2017). *Konsep Dasar Keperawatan*. Sinar Grafika Offset.
- Databoks. (2019). *PISA : Murid Korban ' Bully ' di Indonesia Tertinggi Kelima di Dunia*. 2019. <http://databoks.katadata.co.id/datapublish/2019/12/12/pisa-murid-korban-bully-di-indonesia-tertinggi-kelima-di-dunia>
- Devi Tumanngor, R. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Skizofrenia dengan pendekatan NANDA, NOC, NIC dan ISDA* (P. Puji Lestari (ed.)). Salemba Medika.
- Elshinta.com. (2018). *Southeast Asia Mental Health Forum 2018 bahas kesehatan jiwa dan akses penanganannya*. <https://elshinta.com/ekspos/52/southeast-asia-mental-health-forum-2018-bahas-kesehatan-jiwa-dan-akses-penanganannya>
- Fahrul, Mukaddas, A., & Faustine, I. (2014). 2 Prodi Farmasi, untad Lab. Farmakologi dan Farmasi Klinik, Prodi Farmasi, Untad 1. *Online Jurnal of Natural Science*, 3(1), 40–46.

<http://jurnal.untad.ac.id/jurnal/index.php/ejurnalfmipa/article/view/2981/2056>

Febriani, D., Elita, V., Utami, S., Keperawatan, F., & Riau, U. (2018). Hubungan pola asuh orang tua terhadap masalah mental emosional remaja. *Fakultas Keperawatan*, 353–362.

Gobel, M., Mulyadi, N., & Malara, R. (2016). HUBUNGAN PERAN PARAWAT SEBAGAI CARE GIVER DENGAN TINGKAT KEPUASAN PASIEN INSTALASI GAWAT DARURAT DI RSU. GMIBM MONOMPIA KOTAMOBAGU KABUPATEN BOLAANG MONGONDOW. *Jurnal Keperawatan UNSRAT*.

Halakrispen, S. (2019, November 22). Penderita Gangguan Mental di Indonesia Meningkat. *Medcom.Id*.

<https://www.medcom.id/rona/kesehatan/DkqVQzpK-penderita-gangguan-mental-di-indonesia-meningkat>

Hospital Authority. (2016). *SCHIZOPHRENIA*.

<https://www21.ha.org.hk/smartpatient/EM/MediaLibraries/EM/EMMedia/Schizophrenia-Indonesian.pdf?ext=.pdf>

Ibrahim, A. S. (2011). *SKIZOFRENIA Splinting Personality*. JELAJAH NUSA.

Keliat, B. A., & Pawirowiyono, A. (2014). *Keperawatan Jiwa Terapi Aktivitas Kelompok edisi 2*. EGC.

King, L. A. (2010). *PSIKOLOGI UMUM Sebuah Pandangan Apresiatif*. Salemba Humanika.

Mumu, G., Tamunu, E., & Makausi, E. (2017). Hubungan peran perawat sebagai edukator dengan pemenuhan kebutuhan rasa aman pasien di rawat inap Rumah Sakit Noongan. *E-Jurnal Sariputra*.

Mustajab, Q. A. (2020). *The Family Therapy and Non- Family Therapy in Scizophrenia Patients*. 21.

Nur, A. K. (2019, November 23). Saat Remaja Bersahabat dengan Depresi dan Gangguan Jiwa. *DetikHealth*. <https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-4795577/saat-remaja-bersahabat-dengan-depresi-dan-gangguan-jiwa>

Nurhalimah. (2018). *MODUL AJAR KEPERAWATAN JIWA* (Dinarti & Tjahyanti (eds.)). Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia

(AIPViKI).

- O'brien, P. G., Kennedy, W. Z., & Ballard, K. A. (2013). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Psikiatrik*. EGC.
- Rinawati, F., & Alimansur, M. (2016). Analisa Faktor-Faktor Penyebab Gangguan Jiwa Menggunakan Pendekatan Model Adaptasi Stres Stuart. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 5(1), 34. <https://doi.org/10.32831/jik.v5i1.112>
- Riskesdas, K. (2018). Hasil Utama Riset Kesehata Dasar (RISKESDAS). *Journal of Physics A: Mathematical and Theoretical*, 44(8), 1–200. <https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
- Rohan, H. H., Hartini, N., Sriwahyuni, E., Rokhmad, K., & Ambarini, T. K. (2016). *MENGAPA TERJADI SKIZOFRENIA, PENCEGAHAN DAN PENGENALAN TERAPI GEN*. CV. Budi Utama.
- Safitri, Y., & Hidayati, N. E. (2013). Hubungan Antara Pola Asuh Orang Tua Dengan Tingkat Depresi Remaja Di Smk 10 November Semarang. *Jurnal Keperawatan Jiwa*.
- Stuart. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart* (B. A. Keliat & J. Pasaribu (eds.); Indonesia). ELSEVIER.
- Surilena. (2016). Perilaku Bullying (Perundungan) pada Anak dan Remaja. *Tinjauan Pustaka*.
- Sutejo. (2016). *Keperawatan Jiwa*. PT. PUSTAKA BARU.
- Sutejo. (2017). *KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA* (W. A. Sasmita & H. A. Pratiwi (eds.); I-Yogyak). PUSTAKA BARU PRESS.
- Suzanna, S. (2018). Makna Kehilangan Orangtua Bagi Remaja di Panti Sosial Bina Remaja Indralaya Sumatera Selatan; Studi Fenomenologi. *Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 3(1), 61–76. <https://doi.org/10.30604/jika.v3i1.86>
- Thong, D. (2011). *Memanusiaikan Manusia Menata Jiwa Membangun Bangsa*. PT Gramedia Pustaka Utama.
- Widiastuti, R. (2018). Hari Anak Nasional, KPAI Catat Kasus Bullying Paling Banyak. In *Tempo*. <https://nasional.tempo.co/read/1109584/hari-anak-nasional-kpai-catat-kasus->

bullying-paling-banyak/full&view=ok

- Yosep, H., & Sutini, T. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa Dan Advance Mental Health Nursing*. PT. Refika Aditama.
- Yudhantara, D. S., & Istiqomah, R. (2018). *Sinopsis Skizofrenia untuk Mahasiswa Kedokteran*. UB Press.
- Yuniartiningtyas, F. (2012). Kepribadian Dengan Perilaku Bullying Di Sekolah Pada. *Hubungan Antara Pola Asuh Orang Tua Dan Tipe Kepribadian Dengan Perilaku Bullying Di Sekolah Pada Siswa Smp, 1*, 1–19.
<http://jurnal-online.um.ac.id/data/artikel/artikel59EF2430DFEFD31300B179B6C95C4F5A.pdf>
- Zahnia, S., & Wulan Sumekar, D. (2016). Kajian Epidemiologis Skizofrenia. *Majority*, 5(5), 160–166.
<http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/904/812>
- ZAKIYAH, E. Z., HUMAEDI, S., & SANTOSO, M. B. (2017). Faktor Yang Mempengaruhi Remaja Dalam Melakukan Bullying. *Prosiding Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat*, 4(2), 324–330.
<https://doi.org/10.24198/jppm.v4i2.14352>

LAMPIRAN

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Strategi Pelaksanaan 1 Diagnosa Halusianasi Pertemuan 1

Inisial Pasien : Ny.P

Hari/Tanggal/Bulan/Tahun : Selasa, 7 Januari 2020

Kondisi Pasien

DS:

1. Pasien mengatakan sering mendengar suara- suara yang menyuruhnya untuk bunuh diri
2. Suara tersebut terdengar seperti suara laki-laki dan terkadang seperti suara perempuan
3. Pasien mengatakan suara tersebut muncul 3 kali sehari, waktunya pada pagi, siang dan malam hari tetapi pada malam hari suaranya jarang muncul
4. Suaranya muncul sekitar 1 menit
5. Pasien mengatakan suara tersebut muncul ketika pasien tidak sedang beraktivitas
6. Pada saat suaranya muncul yang dilakukan adalah pasien hanya diam saja terkadang menutup telinga karena merasa sangat terganggu.
7. Pasien mengatakan kesal ketika suara tersebut kembali muncul

DO:

1. Pasien tampak gelisah
2. Pasien tampak bicara sendiri

Diagnosa : GSP: Halusinasi Pendengaran

Tindakan Keperawatan :

SP 1 :

- a. Bina Hubungan Saling Percaya
- b. Mengkaji halusinasi:
 - 1) Isi dari halusinasi
 - 2) Frekuensi munculnya halusinasi

- 3) Waktu terjadi halusinasi
- 4) situasi pencetus
- 5) Perasaan ketika halusinasi muncul
- 6) Respon ketika halusinasi muncul
- 7) Upaya yang telah dilakukan untuk mengontrol halusinasi
- c. Jelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala halusinasi
- d. Jelaskan 4 cara mengontrol halusinasi
- e. Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik
- f. Berikan contoh cara menghardik
- g. Berikan waktu pasien untuk mencontohkan cara menghardik
- h. Berikan pujian atas setiap tindakan
- i. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan

Komunikasi

1. Tahap Prainteraksi : Siapkan LP, SP, Askep, Pasien dan diri perawat.

2. Tahap Orientasi

Salam Terapeutik : Selamat pagi P, saya suster Sepyani yang merawat ibu hari ini.

Evaluasi : Bagaimana kabarnya hari ini? Apakah suara-suara yang menyuruh ibu bunuh diri masih muncul?

Validasi : Apa yang sudah P lakukan untuk mengatasinya? Dan apakah cara tersebut berhasil?

Kontrak

Topik dan Tujuan : Baik, sesuai dengan kesepakatan kita kemarin suster akan menjelaskan tentang cara mengontrol halusinasi tersebut salah satunya cara menghardik. Tujuannya agar P dapat mengetahui cara mengontrol dan melawan suara halusinasi yang P dengar. Waktunya mau berapa lama dan tempatnya mau dikamar atau di luar kamar saja?

3. Tahap Kerja

Pengkajian : Baik, sekarang kita akan membahas tentang suara yang sering P dengar ya. Apakah P mendengar suara tersebut tanpa wujud? Apa

yang dikatakan oleh suara tersebut? Suara tersebut munculnya berapa kali? Suara tersebut muncul dalam waktu berapa lama? Ketika situasi bagaimana suara tersebut muncul? Apa yang P sudah lakukan untuk mengatasinya? Respon P bagaimana ketika suara tersebut muncul?

Penjelasan : Baik, sekarang yang P alami adalah halusinasi pendengaran. Jadi halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dimana seseorang dapat mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak ada. Halusianasi itu ada 5 jenis yaitu halusinasi penglihatan, pendengaran, perabaan, penghidu dan pengecap. Halusinasi juga ada tahap-tahapnya yang pertama menyenangkan, menyalahkan, mengendalikan dan menyeramkan. Untuk mengontrol suara-suara tersebut ada 4 cara yang dapat dilakukan yaitu dengan cara menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan melakukan aktivitas. Hari ini suster akan mengajarkan cara mengahardik dahulu ya, pertama P tutup telinga dan P pejamkan mata kemudian ibu ucapkan “pergi-pergi kamu suara palsu saya tidak mau dengar” katakan dan lakukan cara menghardik tersebut ketika P sedang mendengar suara bisikan tersebut ya. Sekarang suster akan praktekan cara menghardiknya dahulu ya.

Simulasi : (Perawat mensimulasikan cara mengahardik atau mempraktekan cara mengahardik)

Redemonstrasi : Coba sekarang P praktekan kembali cara menghardik seperti yang sudah suster contohkan tadi. (Pasien mempraktekan cara menghardik).

4. Tahap Terminasi

Evaluasi Subjektif : Bagaimana perasaan P setelah menghardik tadi? Apakah P sudah mengerti tentang halusinasi? Ada berapa cara untuk mengontrol halusinasi? Selama kita berinteraksi suaranya muncul atau tidak? Hari ini suara halusinasinya sudah muncul berapa kali? Munculnya berapa lama? Apa

yang suara tersebut katakan ketika muncul? Apa Pada saat P sedang apa suaranya muncul kembali? Bagaimana perasaan P ketika suara tersebut datang lagi? Apa yang harus P lakukan untuk mengontrol suara-suara tersebut?

Evaluasi Obyektif : Coba sekarang contohkan kembali cara mengontrol halusinasi dengan menghardik.

Rencana tindak lanjut : Kalau begitu cara mengontrol suara-suaranya dengan menghardik kita masukan ke jadwal kegiatan harian ya. Mau dilakukan berapakali sehari?

Rencana yang akan datang: Besok, suster boleh ya ketemu P lagi. Nanti kita akan berlatih cara minum obat dengan 5 benar. Tujuannya agar P lebih memahami lagi manfaat tentang obat dan minum obatnya jadi teratur tidak putus obat lagi sehingga suara halusinasinya tidak muncul lagi. Besok kira-kira waktunya mau jam berapa dan tempatnya P mau dimana?

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Strategi Pelaksanaan 2 Diagnosa Halusianasi Pertemuan 1

Inisial Pasien : Ny.P

Hari/Tanggal/Bulan/Tahun : Rabu, 8 Januari 2020

Kondisi Pasien

DS:

1. Pasien mengatakan isi dari halusinasinya itu masih suara yang menyuruhnya bunuh diri
2. Suaranya halusinasinya yang muncul seperti suara perempuan
3. Suaranya sudah muncul ketika pagi dan siang hari tadi sebelum makan siang
4. Selama sedang interaksi dengan perawat suara tersebut tidak muncul
5. Suara halusinasinya datang sekitar 1 menit
6. Suara halusinasinya datang ketika pasien sedang berbaring di tempat tidur
7. Ketika suara halusinasinya datang pasien merasa sangat terganggu
8. Pasien hanya diam saja ketika suaranya datang
9. Pasien sudah mengerti bahwa dirinya mengalami halusinasi pendengaran
10. Pasien menjadi mengerti cara-cara mengontrol halusinasi ada 4 yaitu menghardik, minum obat, bercakap-cakap, dan melakukan aktivitas.
11. Pasien sudah mengerti cara menghardik dan akan melakukan menghardik jika suara itu muncul lagi

DO:

1. Pasien tampak lebih tenang
2. Kooperatif selama interaksi
3. Pasien tampak tidak berbicara sendiri
4. Pasien tampak sudah mengerti mengenai halusinasi
5. Pasien dapat menyebutkan 4 cara mengontrol halusinasi
6. Pasien tampak mampu melakukan cara menghardik.

Diagnosa : GSP: Halusinasi Pendengaran

Tindakan Keperawatan :

SP 1 :

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

Komunikasi

1. Tahap Prainteraksi : Siapkan LP, SP, Askep, Pasien dan diri perawat.

2. Tahap Orientasi

Salam Terapeutik : Selamat pagi P, masih ingat nama suster tidak?

Ya benar nama suster Sepyani, hari ini suster yang merawat P sama seperti kemarin.

Evaluasi : Bagaimana kabarnya hari ini? Apakah suara-suara halusinasinya muncul lagi? Sudah berapa kali suara tersebut muncul? Apa yang sudah P lakukan untuk mengatasi suara tersebut?

Validasi : Apakah jadwal kegiatannya mengontrol halusinasi menghardik sudah dilakukan? Coba sekarang praktikan kembali cara menghardiknya! Wah bagus sekali, hebat.

Kontrak

Topik dan Tujuan : Baik, sesuai dengan kesepakatan kita kemarin suster akan menjelaskan tentang cara mengontrol halusinasi dengan 5 benar cara minum obat. Tujuannya agar P dapat mengetahui pentingnya minum obat untuk mengontrol

suara halusinasi yang P dengar. Waktunya mau berapa lama dan tempatnya mau dikamar atau di luar kamar saja?

3. Tahap Kerja

Pengkajian : Sekarang suster mau tanya Apakah P masih mendengar suara-suara halusinasi? Apa yang dikatakan oleh suara tersebut? Suara tersebut munculnya berapa kali? Suara tersebut muncul dalam waktu berapa lama? Ketika situasi bagaimana suara tersebut muncul? Apa yang P sudah lakukan untuk mengatasinya? Respon P bagaimana ketika suara tersebut muncul? Apakah P sudah teratur dalam minum obat? Apakah minum obatnya sudah sesuai jadwal? Ada obat apa saja yang P minum? Berwarna apa saja obat yang P minum? Apa kegunaan dan manfaat dari obat yang P minum?

Penjelasan : Hari ini kita akan belajar cara minum obat dengan 5 benar ya. P sudah hebat tadi dapat menyebutkan warna obat yang P minum dan dapat menyebutkan juga jadwal minum obatnya. Nah, sekarang suster akan menambahkan lagi ya terkait minum obat dengan 5 benarnya. Obat yang P minum itu ada 3 jenis yang putih namanya haloperidol dan yang kuning namanya olanzapine dan yang kuning satu lagi namanya trihexypenidil. Obat haloperidol diminumnya 2x/hari sekali minum 1 tablet, pada pagi hari dan sore hari. Diminumnya melalui mulut dan sesudah makan. Yang kedua ada obat olanzapine berfungsi untuk membuat pikiran menjadi tenang. Efek samping dari obat olanzapine yaitu nafsu mual muntah, berat badan meningkat, nafsu makan meningkat. Obat olanzapine diminum 2x/hari sekali minum 1 tablet pada pagi dan sore. Diminumnya melalui mulut. Yang ketiga namanya obat trihexypenidil berfungsi untuk menetralkan efek samping dari obat haloperidol dan juga olanzapine. Diminumnya 1x/hari 1 tablet pada pagi hari setelah makan. Diminumnya melalui mulut.

Minum obatnya harus teratur ya, obatnya tidak boleh dibuang atau diberikan kepada orang lain apalagi sampe berhenti minum obat tanpa instruksi dari dokter. Nanti akan sangat berpengaruh pada kesehatan P.

Simulasi : (Perawat mensimulasikan cara minum obat dengan 5 benar dan mendemonstrasikannya)

Redemonstrasi : Coba sekarang P praktekan kembali cara minum obat dengan 5 benar seperti yang sudah suster contohkan tadi (Pasien mempraktekan cara minum obat dengan 5 benar).

4. Tahap Terminasi

Evaluasi Subjektif : Bagaimana perasaan P setelah dijelaskan tentang cara minum obat dengan 5 benar? Apakah suara-suara halusinasinya muncul pada saat sedang berinteraksi dengan suster? Ada berapa obat yang P minum? Apa nama obat dan warna obat yang P minum? Apa kegunaan dari kedua obat tersebut? Apa saja efek samping nya? Kenapa harus minum obat yang teratur? Minum obatnya berapa kali sehari?

Evaluasi Obyektif: Coba sekarang contohkan kembali cara minum obat dengan 5 benar.

Rencana tindak lanjut: Kalau begitu cara mengontrol suara-suaranya dengan menghardik jangan lupa untuk dilakukan kembali ya sesuai jadwal kegiatan harian.

Rencana yang akan datang: Besok, kita ketemu lagi ya. Nanti kita akan berlatih cara minum obat dengan 5 benar lagi. Tujuannya agar P lebih memahami dan mengerti lagi tentang minum obat dengan 5 benar. Besok kira-kira waktunya mau jam berapa dan tempatnya P mau dimana?

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Strategi Pelaksanaan 2 Diagnosa Halusianasi Pertemuan 2

Inisial Pasien : Ny.P

Hari/Tanggal/Bulan/Tahun : Kamis, 9 Januari 2020

Kondisi Pasien

DS:

1. Pasien mengatakan sudah melakukan cara menghardik saat halusinasinya datang
2. Pasien merasa jadi lebih tenang
3. Pasien mengatakan halusinasinya datang pada siang saja, saat malam pasien tidak mendengar halusinasinya sehingga pasien dapat tertidur pulas, paginya pun halusinasinya tidak muncul
4. Halusinasinya masih dengan suara perempuan yang menyuruh bunuh diri
5. Tetapi suara itu muncul tidak lama hanya sekitar 20 detik saja
6. Pasien mengatakan cara mengontrol halusinasi dapat dengan menghardik, minum obat, mengobrol dengan orang lain, dan melakukan kegiatan.
7. Pasien mengatakan dirinya belum teratur dalam minum obat saat dirumah
8. Pasien mengatakan dirinya terkadang malas untuk minum obat saat dirumah
9. Pasien mengatakan jadi lebih mengerti tentang cara minum obat yang benar
10. Pasien mengatakan hanya ingat warna obatnya saja yaitu 2 obat warna kuning dan 1 obat warna putih
11. Pasien mengatakan biasanya minum obat ada yang 2 kali dalam sehari ada juga yang hanya 1 kali dalam sehari
12. Biasanya minum obatnya masing-masing sekali minum 1 tablet
13. Pasien mengatakan jadi mengetahui kegunaan dan efek samping dari obat yang diminumnya. Kegunaan untuk mengontrol halusinasi, dan efek samping yang pasien rasakan dari obatnya dapat membuat mengantuk, nafsu makan meningkat.

14. Pasien mengatakan belum paham tentang kontinuitas manfaat dari minum obat
15. Pasien mengatakan sulit untuk mengingat lengkap 5 cara benar minum obat, pasien hanya ingat warna, jadwal, cara dan dosis.

DO:

1. Pasien kooperatif selama berinteraksi
2. Pasien tampak lebih tenang
3. Pasien mampu mempraktikkan kembali cara menghardik
4. Pasien mampu menyebutkan 4 cara mengontrol halusinasi
5. Pasien menyebutkan warna obat yang diminumnya
6. Pasien tidak mampu mengingat nama obat yang diminumnya
7. Pasien mampu menyebutkan jadwal minum obat
8. Pasien mampu mengingat dosis obat dalam bentuk tablet
9. Pasien hanya mampu menyebutkan satu kegunaan obat dari ketiga obat yang pasien minum
10. Pasien belum mampu mendemonstrasikan minum obat dengan 5 benar
11. Pasien tampak belum mengetahui pentingnya kontinuitas manfaat minum obat

Diagnosa : GSP: Halusinasi Pendengaran

Tindakan Keperawatan :

SP 1 :

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

Komunikasi

1. Tahap Prainteraksi : Siapkan LP, SP, Askep, Pasien dan diri perawat.

2. Tahap Orientasi

Salam Terapeutik : Selamat pagi P, hari ini suster Sepyani yang merawat P sama seperti kemarin.

Evaluasi : Bagaimana kabarnya hari ini? Apakah suara-suara halusinasinya muncul lagi? Sudah berapa kali suara tersebut muncul? Apa yang sudah P lakukan untuk mengatasi suara tersebut?

Validasi : Apakah jadwal kegiatannya mengontrol halusinasi menghardik sudah dilakukan? Coba sekarang praktikan kembali cara menghardiknya! Wah bagus sekali, hebat.

Kontrak

Topik dan Tujuan : Baik, sesuai dengan kesepakatan kita kemarin suster akan menjelaskan kembali tentang cara mengontrol halusinasi dengan 5 benar cara minum obat. Tujuannya agar P dapat lebih mengetahui dan memahami pentingnya minum obat untuk mengontrol suara halusinasi yang P dengar. Waktunya mau berapa lama dan tempatnya mau dikamar atau di luar kamar saja?

3. Tahap Kerja

Pengkajian : Sekarang suster mau tanya Apakah hari ini P masih mendengar suara-suara halusinasi? Apa yang dikatakan oleh suara tersebut? Suara tersebut munculnya berapa kali? Suara tersebut muncul dalam waktu berapa lama? Ketika situasi bagaimana suara tersebut muncul? Apa yang P sudah lakukan untuk mengatasinya? Respon P bagaimana ketika suara tersebut muncul? Apakah P sudah teratur dalam minum obat? Apakah minum obatnya sudah sesuai jadwal? Ada obat apa saja yang P minum? Berwarna apa saja obat yang P minum? Apa kegunaan

dan efek samping dari obat yang P minum? Dan berapa kali jadwal P minum obat dalam sehari?

Penjelasan : Hari ini kita akan belajar kembali cara minum obat dengan 5 benar ya. Hari ini P sudah mengetahui warna obat yang P minum, dapat menyebutkan kegunaan, efek samping dan juga jadwal minum obatnya. Nah, sekarang suster akan menambahkan lagi ya terkait minum obat dengan 5 benarnya. Tetapi akan suster jelaskan dari awal ya. obat yang P minum itu ada 3 jenis yang putih namanya haloperidol dan yang kuning namanya olanzapine dan yang kuning satu lagi namanya trihexypenidil. Obat haloperidol berfungsi untuk mengontrol halusinasi, efek samping dari obat haloperidol yaitu mudah lelah, mulut terasa kering, dan menjadi terasa kantuk. Obat haloperidol diminumnya 2x/hari sekali minum 1 tablet, pada pagi hari dan sore hari. Diminumnya melalui mulut dan sesudah makan. Yang kedua ada obat olanzapine berfungsi untuk membuat pikiran menjadi tenang. Efek samping dari obat olanzapine yaitu nafsu mual muntah, berat badan meningkat, nafsu makan meningkat. Obat olanzapine diminum 2x/hari sekali minum 1 tablet pada pagi dan sore. Diminumnya melalui mulut. Yang ketiga namanya obat trihexypenidil berfungsi untuk menetralkan efek samping dari obat haloperidol dan juga olanzapine. Diminumnya 1x/hari 1 tablet pada pagi hari setelah makan. Minum obatnya harus teratur ya, obatnya tidak boleh dibuang atau diberikan kepada orang lain apalagi sampe berhenti minum obat tanpa instruksi dari dokter. Nanti akan sangat berpengaruh pada kesehatan P.

Simulasi : (Perawat mensimulasikan cara minum obat dengan 5 benar dan mendemonstrasikannya)

Redemonstrasi : Coba sekarang P praktekan kembali cara minum obat dengan 5 benar seperti yang sudah suster contohkan tadi (Pasien

memperaktekan cara minum obat dengan 5 benar).

4. Tahap Terminasi

Evaluasi Subjektif : Bagaimana perasaan P setelah dijelaskan kembali tentang cara minum obat dengan 5 benar? Apakah suara-suara halusinasinya muncul pada saat sedang berinteraksi dengan suster? Ada berapa obat yang P minum? Apa nama obat dan warna obat yang P minum? Apa kegunaan dari kedua obat tersebut? Apa saja efek samping nya? Kenapa harus minum obat yang teratur? Minum obatnya berapa kali sehari?

Evaluasi Obyektif: Coba sekarang contohkan kembali cara minum obat dengan 5 benar.

Rencana tindak lanjut: Kalau begitu cara mengontrol suara-suaranya dengan menghardik dan cara minum obat dengan 5 benar kita masukan ke jadwal kegiatan harian ya. Mau dilakukan berapakali sehari?

Rencana yang akan datang: Besok, kita ketemu lagi ya. Selanjutnya, kita akan berlatih mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap. Tujuannya agar P dapat mengabaikan suara halusinasi tersebut dengan P bercakap-cakap dengan orang lain. Besok kira-kira waktunya mau jam berapa dan tempatnya P mau dimana?