



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

**Disusun Oleh:
SITI KHODIJAH
(201701035)**

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



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

**Disusun Oleh:
SITI KHODIJAH
(201701035)**

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

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Siti Khodijah

NIM : 201701035

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

Menyatakan bahwa Makalah Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran di Ruang Duku Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Jakarta Timur” yang dilaksanakan pada tanggal 02 Januari sampai dengan 11 Januari 2020 adalah hasil karya sendiri dan semua sumber yang digunakan sudah saya nyatakan dengan benar. *Orisinalitas* makalah ilmiah ini tanpa ada unsur *plagiarisme* baik dalam aspek substansi maupun penulisan. Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya. Bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia menanggung semua resiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 01 Juni 2020

Yang membuat pernyataan



Siti Khodijah

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran di Ruang Duku Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Jakarta Timur” ini telah di setujui untuk di ujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 22 Mei 2020

Pembimbing Karya Tulis Ilmiah



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

Mengetahui,

Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga



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

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis ilmiah dengan judul “ Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran di Ruang Duku Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Jakarta Timur” yang disusun oleh (201701035) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 08 Juni 2020.

Bekasi, 08 Juni 2020

Penguji I



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

Penguji II



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

Nama Mahasiswa : Siti Khodijah

NIM : 201701035

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran di Ruang Dukuh Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Jakarta Timur.

Halaman : xv + 105 halaman + 1 tabel + 1 lampiran

Pembimbing : Desi Pramujiwati

ABSTRAK

Latar Belakang : Skizofrenia merupakan penyakit neurobiologis yang mempengaruhi persepsi, cara berfikir, bahasa, emosi, dan perilaku. Skizofrenia memiliki tanda positif halusinasi. Di Indonesia terdapat 70% halusinasi pendengaran, 20% pengelihatan, 10% pengecapan, penciuman dan perabaan. Hasil asuhan keperawatan yang dilakukan mahasiswa/i DIII keperawatan STIKes Mitra Keluarga di Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit, pada tanggal 02 Januari-24 Januari 2020 pasien dengan diagnosa keperawatan halusinasi sebanyak 59,7%. Peran perawat dalam penanganan pasien dengan halusinasi yaitu pemberi asuhan, edukator dan kolaborator.

Tujuan Umum : Karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk mendapatkan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi melalui pendekatan asuhan keperawatan jiwa secara komprehensif.

Metode Penulisan : Penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan menggambarkan asuhan keperawatan yang telah diberikan oleh penulis pada pasien dengan halusinasi dan mengungkapkan fakta sesuai dengan kata-kata yang didapat.

Hasil : Hasil pengkajian didapatkan diagnosa gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran dengan data pasien mendengar suara-suara, suara itu menyuruhnya memukul kepala, suara muncul 2-3 kali dalam sehari, suara muncul selama 2 menit, suara muncul ketika sedang sendirian, pasien tidak menyukai suara itu, dan upaya yang dilakukan berjalan-jalan sampai suaranya hilang. Intervensi keperawatan yang direncanakan Strategi Pelaksanaan 1- 4, Terapi aktivitas kelompok 5 sesi. Implementasi yang diberikan SP 1 menghardik, SP 2 5 benar minum obat, dan TAK sesi 1. Setelah dilakukan evaluasi didapatkan hasil penurunan tanda gejala dan peningkatan kemampuan pasien bertambah

Kesimpulan dan Saran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan GSP: halusinasi pendengaran dengan intervensi berupa SP dan TAK cukup efektif dalam kasus ini, sehingga diharapkan dilakukan pembahasan lebih lanjut tentang cara mengontrol halusinasi sesuai dengan kemampuan pasien.

Keyword : Menghardik, 5 Benar minum obat, Terapi aktivitas kelompok, Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

Daftar Pustaka : 30 (2012-2020)

Name : Siti Khodijah
Student Number : 201701035
Study Program : Diplamac of Nursing
Title : Mental health nursing process Mr. S with sensory perception disorders: auditory hallucinations at Dukuh Room Duren Sawit Regional Specialty Hospital, East Jakarta.
Page : xv + 105 pages + 1 table + 1 attachment
Supervisor : Desi Pramujiwati

ABSTRACT

Background : Schizophrenia is a neurobiological disease that affects perception, ways of thinking, language, emotions, and behavior. Schizophrenia has positive hallucinations. In Indonesia there are 70% of auditory hallucinations, 20% vision, 10% taste, smell, and touch. Result of nursing care done by students DIII nursing STIKes Mitra Keluarga in the Duren Sawit Regional Special Hospital. Starting from 2 January-24 January 2020 there were 59,7% of patients with nursing diagnoses of hallucinations. The role of the nurses in handling patients with hallucinations is care giver, collaborator, and educator.

General Purpose: This paper aims to gain real experience in providing nursing care to patients with hallucinations through a comprehensive mental nursing care approach.

Methods : Method this case study use narative descriptive by describing nursing process that has been given by the authour to patients with hallucinations and disclosing fact in accordance with the data obtained.

Result : The result of the study found a diagnosis of perception sensory disorders: auditory hallucinations with patient data hearing voices, the sound told him to hit the head, the sound appeared 2-3 times a day, the sound appeared for 2 minutes, the sound appeared when alone, the patient did not like the sound, and the efforts made to walk around until the sound disappears. Nursing interventions planned 1- 4 implementention strategies, activity group therapy 5 sessions. The implementation given SP 1 distraction technique by expelling, SP 2 5 right drug, and TAK session 1. After the evaluation, the result was a decrease in symptoms and increase in the patients ability to increase.

Conclusions and Recommendation : Nursing care in patients with sensory perception disorders: auditory hallucinations with interventions in the form of SP and TAK it is quite effective in this case, so further discussion is expected on how to control hallucinatory emotions according to the ability of the patient.

Keyword : distraction technique by expelling, 5 right drug, Activity group therapy, Sensory perception disorders: auditory hallucinations.

Refrences : 30 (2012 - 2020).

KATA PENGANTAR

Dengan menyebut nama Allah SWT Yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang, saya panjatkan puja dan puji syukur atas Kehadirat-Nya, yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, dan karunia-Nya kepada saya, sehingga saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. S Dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran di Ruang Dukuh Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Jakarta Timur” yang dilaksanakan pada tanggal 02 Januari sampai dengan 11 Januari 2020. Dimana tujuan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai syarat kelulusan Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.

Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan, dukungan serta bimbingan dari berbagai pihak sehingga dapat memperlancar karya tulis ilmiah ini. Maka, dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dengan rasa hormat kepada :

1. Ns. Desi Pramujiwati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J selaku dosen pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah sekaligus dosen penguji II yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk membimbing dan memberikan masukan kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan sebaik-baiknya.
2. Ns.Renta Sianturi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J selaku dosen penguji I sekaligus dosen pembimbing akademik yang telah memberikan motivasi, semangat, dan kritik yang sangat membangun untuk penulis selama menuntut ilmu di STIKes Mitra Keluarga.
3. Dr. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An selaku ketua STIKes Mitra Keluarga.
4. Ns. Devi Susanti S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B selaku ketua program studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga.

5. Seluruh staff akademik dan non akademik STIKes Mitra Keluarga yang telah menyediakan fasilitas dan bantuan dalam bentuk apapun demi kelancaran penulisan karya tulis ilmiah ini.
6. Pasien yaitu Tn. S yang telah bersedia untuk bekerjasama dengan penulis dalam memberikan informasi selama proses keperawatan berlangsung.
7. Ayah ibu tercinta, serta kakak tercinta yang selalu hadir memberikan semangat, motivasi, dukungan moril, materil dan doa-doa yang tidak pernah ada hentinya untuk penulis serta menjadi motivasi utama bagi penulis.
8. Sahabat sepermainan (Tanda Tanya): Syahdilla Apriliyani Putri, Dina Fidiana Yurista , Indah Nurlela, Marsiyatul Jannah, dan Lisa Prastika yang telah memberikan dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
9. Sahabat seperjuangan (Geng Julid): Anissa Oktariyani Linggar, Angelina Tama Ompusunggu, Ajeng Triani Larasati, dan Tio Vani Situmeang Angelina yang selalu memberikan semangat dan dukungan bagi penulis selama di STIKes Mitra Keluarga.
10. Teman-teman KTI Jiwa : Sepyani Ismawati , Emia Agnes Joreta, Rini, dan Sabila Ainingrum program studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga yang saling memberikan dukungan dan berjuang bersama dalam menyelesaikan pendidikan di STIKes Mitra Keluarga.
11. Teman-teman program studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga angkatan VII yang saling memberikan dukungan dan berjuang bersama dalam menyelesaikan pendidikan di STIKes Mitra Keluarga.
12. 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 masih banyak kekurangan baik dari segi isi maupun penulisan dalam karya tulis ilmiah ini. Oleh karena itu kritik dan saran yang sifatnya membangun sangat diharapkan semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pihak-pihak yang membutuhkan.

Bekasi, 01 Juni 2020

Penulis

DAFTAR ISI

COVER DALAM	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR DIAGRAM	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A.Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	7
1.Tujuan Umum	7
2.Tujuan Khusus.....	7
C.Ruang Lingkup	8
D.Metode Penulisan	8
E. Sistematika Penulisan	9
BAB II TINJAUAN TEORI	10
A.Konsep Skizofrenia	10
1.Definisi Skizofrenia.....	10
2.Psikodinamika	11

3. Klasifikasi Skizofrenia	16
4. Penatalaksanaan Medis Skizofrenia	18
B. Konsep Halusinasi	21
1. Definisi Halusinasi	21
2. Psikodinamika	21
3. Jenis halusinasi	26
4. Rentang Respon	27
C. Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi	27
1. Pengkajian keperawatan halusinasi	27
2. Diagnosa keperawatan	30
3. Perencanaan keperawatan	30
4. Pelaksanaan keperawatan	36
5. Evaluasi keperawatan	37
BAB III TINJAUAN KASUS	38
A. Pengkajian Keperawatan	38
B. Diagnosa Keperawatan	52
C. Intervensi Keperawatan	53
D. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	59
BAB IV PEMBAHASAN	68
A. Konsep Medik	68
B. Asuhan Keperawatan	69
1. Pengkajian Keperawatan	69
2. Diagnosa Keperawatan	72
3. Perencanaan Keperawatan	73
4. Implementasi Keperawatan	75

5.Evaluasi Keperawatan	77
BAB V PENUTUP	80
A.Kesimpulan	80
B.Saran.....	82
DAFTAR PUSTAKA	83
LAMPIRAN	86

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1: Analisa Data.....	48
------------------------------	----

DAFTAR DIAGRAM

Diagram 2.1 : Rentang Respon Halusinasi.....	27
Diagram 2.2 : Pohon Masalah GSP: Halusinasi.....	30
Diagram 3.1 : Genogram Keluarga Tn. S.....	41
Diagram 3.2 : Pohon Masalah Tn. S.....	52

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran Strategi Pelaksanaan GSP: Halusinasi Pendengaran (SP1-SP2)

Lampiran Terapi Aktivitas Kelompok sesi 1

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gangguan jiwa adalah keadaan emosi, psikologis dan sosial yang terpengaruh dari hubungan komunikasi antar dua orang yang tidak terpenuhi tindakan dan pertahanan yang baik, sesuatu yang dapat dipahami dalam diri yang baik dan keseimbangan emosi yang dalam (Indra, 2019). Ada beberapa faktor predisposisi dan presipitasi yang menyebabkan seseorang mengalami gangguan jiwa. Faktor predisposisi penyebab gangguan jiwa yaitu faktor psikologis seperti perundungan, faktor sosial seperti tidak bekerja dan kehilangan orang yang berarti. Faktor presipitasi penyebab gangguan jiwa yaitu faktor biologis seperti putus obat (Fajar, 2016).

Perundungan adalah bentuk perilaku berupa pemaksaan atau usaha menyakiti secara fisik maupun psikologis terhadap seseorang atau sekelompok orang yang lebih lemah oleh seseorang atau sekelompok orang yang memersepsikan dirinya lebih kuat (Westa, 2015). Bentuk perundungan yaitu verbal, dimana perundung mengatakan atau menulis hal-hal yang meliputi sindiran, komentar seksual, mengejek, dan mengancam untuk menyebabkan kerusakan. Sosial, meliputi menyebarkan rumor tentang seseorang dan memalukan seseorang di depan umum. Fisik, meliputi memukul, menendang, mencubit, mendorong, mengambil atau merusak barang seseorang, dan membuat gerakan yang kasar. *Cyberbullying*, merupakan tindakan yang menggunakan teknologi informasi dan komunikasi untuk mendukung perilaku bermusuhan secara sengaja dan berulang yang dimaksudkan untuk menyakiti orang lain, dan bertujuan merugikan orang lain (Masdin, 2013). Korban perundungan dapat mengalami gangguan psikologis, dampak psikologis yang paling

ekstrim terjadi pada korban perundungan yaitu muncul gangguan psikologis seperti cemas berlebihan, depresi, ketakutan, munculnya ide bunuh diri dan munculnya gangguan stress pasca trauma (Westa, 2015).

Tindakan perundungan dapat memberikan dampak negatif terhadap korban karena sering diganggu sehingga korban merasa cemas, takut, bahkan hilang kepercayaan diri, terluka, menderita dan tidak berani berangkat ke sekolah. Perundungan memiliki pengaruh besar terhadap kesehatan seseorang, Tindakan untuk memojokkan, menyalahkan dan menertawakan akan membuat harga diri korban menjadi rendah, korban merasa tidak nyaman dan tertekan korban perundungan akan merasa cemas yang berkepanjangan sehingga dapat mengarah ke depresi. Untuk melampiaskan kekesalannya anak cenderung menjadi pelaku perundungan bahkan menyebabkan anak tertekan dan menjadi sasaran korban. Perundungan memiliki pengaruh besar terhadap kesehatan seseorang (Athi, 2016).

Berdasarkan hasil riset *Programme for International Student Assessment (PISA)* (2018), murid di Filipina yang mengalami perundungan sebanyak 64,9% di Indonesia sebanyak 41,1% (sebanyak 15% mengalami intimidasi, 19% dikucilkan, 22% dihina dan barangnya dicuri, 14% diancam, 18% didorong oleh temannya, dan 20% murid yang kabar buruknya disebar). Menurut Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI) (2018), di Jawa Barat jumlah kasus anak korban perundungan per tanggal 30 Mei 2018 sebanyak 36 kasus atau 22,4%. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Marela (2017), kejadian depresi pada remaja sebesar 39% dan remaja yang tidak mengalami depresi sebesar 61%, penelitian ini menemukan hubungan antara perundungan dengan depresi pada remaja, korban perundungan berpeluang 1,5 kali lebih besar mengalami depresi dibandingkan dengan remaja yang tidak mengalami perundungan.

Menurut Marela (2017), perundungan termasuk perilaku agresif secara dominan dan menyebabkan kerusakan atau tekanan, dampak negatif dalam jangka pendek dan jangka panjang dari perilaku perundungan seperti depresi, kecemasan, dan harga diri rendah. Korban perundungan akan mengalami stresor psikososial mempengaruhi kemunculan depresi pada seseorang. Semakin besar stressor psikososial, maka semakin besar mengalami depresi. Faktor predisposisi penyebab gangguan jiwa yaitu, faktor psikologis seperti pengalaman tidak menyenangkan seperti perundungan sebanyak 27 responden atau 22,7%, memicu seseorang mengalami gangguan jiwa (Fajar, 2016).

Pengangguran adalah suatu kondisi dimana seseorang tidak bekerja atau tidak memiliki pekerjaan, ada faktor yang membuatnya tertekan sehingga akan muncul gejala psikis seperti mudah marah, mudah tersinggung, kesal, kecewa, cemas, gelisah, dan muncul rasa bersalah pada dirinya (Karjuniwati, 2020). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Fajar (2016), menyebutkan bahwa pada faktor predisposisi sosial penyebab gangguan jiwa adalah tidak bekerja sebanyak 41 responden atau 23,8%. Tidak bekerja bisa membuat seseorang kehilangan kesempatan untuk mempunyai penghasilan, tidak bekerja juga bisa membuat seseorang kehilangan kesempatan untuk menunjukkan aktualisasi dirinya. Hal ini yang dapat membuat seseorang tidak melakukan suatu kegiatan, sehingga akan sangat memungkinkan mengalami harga diri rendah yang akan berdampak pada gangguan jiwa. Faktor sosial berikutnya yaitu kehilangan orang yang berarti.

Kehilangan adalah suatu keadaan individu berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, kemudian menjadi tidak ada, baik terjadi sebagian maupun keseluruhan. Fase kehilangan pengingkaran (*denial*), marah (*anger*), tawar menawar (*bargaining*), depresi (*depression*), dan penerimaan (*acceptance*) (Yosep, 2014). Tahap penerimaan hanya terjadi pada individu yang dapat mengatasi kesedihan dan kegelisahannya, apabila

tidak mencapai tahap penerimaan maka timbul keluhan-keluhan dalam aspek kejiwaan berupa gangguan jiwa. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Fajar (2016), menyebutkan bahwa pada faktor predisposisi sosial penyebab gangguan jiwa adalah kehilangan orang yang berarti sebanyak 13 responden atau 7,6% karena tidak dapat mencapai tahap penerimaan sehingga menyebabkan keluhan dalam bentuk aspek kejiwaan berupa gangguan jiwa (Fajar, 2016).

Gangguan jiwa adalah pola perilaku atau psikologis yang ditunjukkan oleh individu yang menyebabkan distress, disfungsi, dan menurunkan kualitas kehidupan. Hal ini mencerminkan disfungsi psikobiologis dan bukan sebagai akibat dari penyimpangan sosial atau konflik dengan masyarakat (Stuart, 2016). Kebanyakan penderita gangguan jiwa akan mengkonsumsi obat seumur hidupnya. Kepatuhan pengobatan menjadi *point* penting yang harus diwaspadai penderita, keluarga dan petugas kesehatan. Masalah yang sering muncul dalam pengobatan adalah *relaps* atau kambuh, penyebab *relaps* adalah ketidakpatuhan pengobatan dan munculnya stressor yang sangat signifikan mengganggu. Menurut Amelia, (2013) penelitian di Hongkong menemukan bahwa dari 93 pasien masing-masing memiliki potensi *relapse* pada tahun pertama 21%, kedua 33%, dan ketiga 40%. Menurut Pasaribu (2019), *relaps* akibat ketidakpatuhan pengobatan juga di temukan melalui *survey* yaitu sebesar 36,1% tidak minum obat karena merasa sudah sehat dan 33,7% tidak rutin berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan. Hasil *survey* ditemukan populasi minum obat rutin hanya sebesar 48,9%. Angka tersebut sudah menunjukkan bahwa penderita skizofrenia di Indonesia sangat beresiko mengalami *relaps*. Berdasarkan penelitian yang dilakukan terdapat faktor presipitasi biologis yaitu putus obat sebanyak 32 responden atau 69,6% pasien yang mengalami gangguan jiwa kebanyakan harus minum obat seumur hidupnya. Hal ini yang menyebabkan pasien merasa bosan, pasien yang mempunyai pengetahuan kurang juga akan menghentikan minum obat karena merasa sudah sembuh atau gejala tidak muncul hal ini yang akan memicu kekambuhan gangguan

jiwa atau munculnya gangguan jiwa kembali (Fajar, 2016). Terdapat 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 47,5 juta terkena demensia, serta 21 juta terkena skizofrenia (WHO, 2018).

Skizofrenia adalah sindrom perilaku dan kognitif yang kompleks, heterogen yang diakibatkan oleh gangguan perkembangan otak karena faktor genetik atau biologik atau lingkungan atau keduanya. Secara biologik, diketahui terdapat disfungsi neurotransmisi dopaminergik yang berkontribusi pada pembentukan awal gejala psikotik. Faktor lingkungan dapat meliputi masalah psikologis dan juga sosial seperti masalah pada tumbuh kembang, masalah ekonomi, pekerjaan serta penggunaan coping maladaptif (Pasaribu, 2019). Terdapat sekitar 21 juta orang diseluruh dunia yang mengalami depresi atau gangguan mental dan lebih sering terjadi pada laki-laki (12 juta) daripada perempuan (9juta) (WHO, 2018). Prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia mencapai 7% yang berarti terdapat 7 orang yang mengalami gangguan jiwa perseribu penduduk. Prevalensi skizofrenia di Indonesia sebanyak 7%, untuk wilayah DKI Jakarta terdapat 7,4% masyarakat mengalami skizofrenia (RISKESDAS, 2018)

Menurut Pasaribu (2019), manifestasi klinis skizofrenia ditandai oleh gejala psikopatologi, yaitu gejala positif (delusi dan halusinasi), gejala negatif (gangguan motivasi, pengurangan kata-kata secara spontan, dan isolasi sosial), serta gangguan kognitif. Secara umum penderita skizofrenia menampilkan distorsi cara berpikir, persepsi, emosi, bahasa dan perilaku. Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan (Mahmud, 2018). Penyebab dari halusinasi meliputi respon metabolik terhadap stress, gangguan neurokimiawi, lesi otak, usaha tidak sadar untuk mempertahankan ego dan ekspresi simbolis dari pikiran yang terpisah. Halusinasi diawali oleh kecemasan yang berkepanjangan, halusinasi

berkaitan dengan pengalaman yang dipersepsikan kurang menyenangkan berkaitan dengan harga diri dan akan muncul bertahap. Halusinasi dibagi menjadi empat tahap. Tahap pertama *comforting* dimana halusinasi tampak menyenangkan dengan cemas sedang. Tahap kedua *condemning* dimana halusinasi menyalahkan pasien dan pasien mulai merasa cemas berat. Tahap ketiga *controlling* dimana halusinasi sudah mengendalikan pasien hingga pasien merasa sangat cemas dan berat. Tahap keempat *conquering* dimana halusinasi sudah melebur dan pasien sangat ketakutan sampai panik dan tidak dapat membedakan khayalan dan kenyataan (Nurlaili, 2019) . Di rumah sakit jiwa di Indonesia didapatkan data bahwa kejadian halusiansi paling tinggi yaitu halusiansi pendengaran 70%, halusinasi pengelihatn atau visual 20%, dan halusiansi pengecapn, taktil, penciuman, dan kinestetik terjadi 10% (Fahmawati, 2019). Berdasarkan hasil asuhan keperawatan yang dilakukan mahasiswa/i DIII Keperawatan STikes Mitra Keluarga di Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Jakarta Timur, dari 67 kasus kelolaan selama 4 minggu yang dimulai dari tanggal 2 Januari – 24 Januari 2020. Mahasiswa yang terbagi di beberapa ruangan yaitu ruang rawat akut, sub akut, dan ruang tenang. Hasil prevalensi diagnosa keperawatan yang didapat oleh mahasiswa yaitu halusinasi sebanyak 59,7%, resiko perilaku kekerasan 10,4%, isolasi sosial 28,3%, dan harga diri rendah kronik 1,4%.

Dampak yang akan ditimbulkan oleh pasien yang mengalami halusinasi adalah kehilangan kontrol dirinya. Dimana pasien mengalami panik dan perilakunya dikendalikan oleh halusinasinya. Dalam situasi ini pasien dapat melakukan bunuh diri (*sucide*), membunuh orang lain (*homicide*), bahkan merusak lingkungan (Twistiandayani, 2013).

Peran perawat pada penanganan pasien dengan halusinasi sebagai pemberi asuhan keperawatan, edukator, dan kolaborator. Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien halusinasi dengan menggunakan strategi pelaksanaan cara mengontrol halusinasi. Peran perawat sebagai edukator untuk meningkatkan kesehatannya dengan memberikan pengetahuan

terkait tindakan yang akan diberikan. Peran perawat sebagai kolaborator melalui kerjasama dengan tenaga medis lain dalam melakukan asuhan pada pasien dengan halusinasi secara optimal.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang holistik kepada pasien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi melalui asuhan yang diberikan oleh perawat diharapkan pasien dapat menurunkan resiko-resiko yang dapat diakibatkan oleh gangguan sensori persepsi : halusinasi terhadap kehidupan pasien. Sehingga penulis ingin mengembangkan lebih lanjut mengenai “Asuhan Keperawatan pada Tn.S dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran di Ruang Duku Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Jakarta Timur”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mendapatkan pengalaman nyata dengan memberikan asuhan keperawatan pada Tn.S dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran melalui pendekatan asuhan keperawatan jiwa.

2. Tujuan Khusus

Mampu :

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran.
- b. Menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran.
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran.
- d. Melakukan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran.
- e. Melakukan evaluasi terhadap tindakan keperawatan kepada pasien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran.

- f. Mengidentifikasi adanya kesenjangan antara teori dan kasus pada pasien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran.
- g. Mengidentifikasi faktor pendukung, faktor penghambat, dan mencari solusi serta alternatif yang dapat digunakan dalam pemecahan masalah pada pasien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran.
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran.

C. Ruang Lingkup

Penulisan karya tulis ilmiah ini berfokus pada pemberian Asuhan Keperawatan Pada Tn.S dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran di ruang Dukuh Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Jakarta Timur yang dilaksanakan pada tanggal 02 Januari sampai dengan 11 Januari 2020.

D. Metode Penulisan

Metode karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif, yaitu dengan menggambarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn.S dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran . Adapun metode pengumpulan data yang dilakukan penulis dalam karya tulis ilmiah ini adalah studi kasus meliputi: wawancara, yaitu memperoleh data dengan cara melakukan pengkajian dengan tanya jawab langsung kepada Asuhan Keperawatan Pada Tn.S dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran, observasi, yaitu mendapatkan data dengan cara melakukan pengamatan secara langsung kepada Tn.S dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran sehingga didapatkan data objektif. Studi dokumentasi yaitu dengan cara memperoleh data melalui buku register yang tersedia di Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit untuk mendapatkan data yang valid dan akurat. Serta melalui Studi

kepuustakaan yaitu dengan cara membaca dan mempelajari berbagai sumber yang bersifat ilmiah terkait Karya Tulis Ilmiah ini.

E. Sistematika Penulisan

Karya tulis ini terdiri dari lima bab yang disusun secara sistematis. BAB I pendahuluan meliputi latar belakang penulisan, tujuan penulisan, ruang lingkup penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II tinjauan teori meliputi konsep skizofrenia, konsep halusinasi dan konsep asuhan keperawatan pada halusinasi. BAB III tinjauan kasus adalah penyajian kasus yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB IV pembahasan meliputi kesenjangan antara teori dan kasus yang dimulai dari pengkajian keperawatan sampai dengan evaluasi keperawatan. BAB V penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran dan diakhiri dengan daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

Bab ini akan membahas tentang konsep skizofrenia, konsep halusinasi, dan konsep asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi.

A. Konsep Skizofrenia

1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia (schizophrenia; dibaca “skit-se-fri-nia”) adalah salah satu gangguan jiwa berat yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku individu. Skizofrenia adalah bagian dari gangguan psikiologis yang terutama ditandai dengan kehilangan pemahaman terhadap realitas dan hilangnya daya tilik diri (*insight*). Gangguan psikosis, termasuk juga skizofrenia, dapat ditemukan gejala gangguan jiwa berat seperti halusinasi, waham, perilaku yang kacau, dan pembicaraan yang kacau serta gejala negatif. Gejala positif seperti waham, halusinasi, perilaku katatonik, perilaku kacau, pembicaraan kacau dan agitasi, gejala negatif seperti alogia, afek tumpul, asosial, anhedonia dan avolisi (Yudhantara, 2018). Skizofrenia merupakan salah satu penyakit yang paling membahayakan kehidupan penderitanya karena mempengaruhi setiap aspek dari kehidupannya. Seseorang yang menderita skizofrenia akan mengalami gangguan dalam pembicaraan yang terstruktur, proses atau isi pikir, gerakan serta akan bergantung pada orang lain selama hidupnya (Sari, 2015). Sedangkan menurut Yosep (2014), skizofrenia merupakan penyakit neurobiologis yang mempengaruhi persepsi pasien, cara berfikir, bahasa, emosi, dan perilaku.

2. Psikodinamika

a. Etiologi Skizofrenia

Etiologi skizofrenia yaitu:

1) Genetik

Genetik memainkan peran pada skizofrenia tetapi sulit untuk memisahkan pengaruh genetik dan lingkungan. Faktor resiko yang paling utama mengembangkan skizofrenia adalah memiliki tingkat pertama hubungan dengan skizofrenia. Penelitian keluarga, kembar, dan adopsi telah menunjukkan peningkatan risiko penyakit pada orang dengan tingkat pertama hubungan (orangtua, saudara, keturunan), atau tingkat kedua hubungan (kakek-nenek, bibi, paman, sepupu, cucu) dengan skizofrenia. Lebih dari 40% kembar monozigot dari orang dengan skizofrenia juga berpengaruh. Namun kebanyakan orang dengan skizofrenia tidak memiliki kerabat yang terkena dampak, dan sementara kontribusi genetik keseluruhan skizofrenia mungkin besar, kontribusi gen tertentu sangat kecil.

Skizofrenia disebabkan oleh interaksi berbagai mekanisme biologis, lingkungan, dan pengalaman, anak-anak yang memiliki orangtua biologis dengan skizofrenia dan diadopsi pada saat lahir oleh sebuah keluarga tanpa kejadian gangguan memiliki risiko yang sama seperti jika orangtua biologis mengangkat mereka . terdapat bukti bagi kedua predisposisi genetik untuk gangguan dan pengaruh faktor lingkungan atau random, sebagaimana dibuktikan oleh studi kembar identik, yang berbagi 100% gen tetapi hanya beresiko 50% mengalami skizofrenia (Stuart, 2016).

2) Infeksi dan inflamasi

Beragam kondisi yang mempengaruhi kesejahteraan janin dalam kandungan dapat mempengaruhi munculnya skizofrenia di kemudian hari. Faktor prenatal dan perinatal yang berhubungan

dengan skizofrenia seperti malnutrisi, infeksi virus pada kehamilan (virus influenza, toxoplasma gondii, herpes simplex virus tipe 2 (HSV-2) dan measles) , stress pada ibu, komplikasi obstetrik (perdarahan, kelahiran prematur, inkompatibilitas darah dan hipoksia pada fetus) dan post natal seperti infeksi bakterial pada masa kanak-kanak.

Infeksi diperkirakan berperan pada munculnya respon imun dari ibu yang disalurkan ke janin melalui plasenta sehingga mempengaruhi perkembangan otak dalam kandungan. Transfer respon imun dari ibu ke janin menyebabkan gangguan pada sawar darah otak dan masuknya antibodi yang memiliki reaksi silang dengan protein sistem syaraf pusat. Proses tersebut menyebabkan gangguan pada perkembangan sistem syaraf pusat janin. Infeksi pada awal masa kanak-kanak juga menyebabkan terjadinya proses inflamasi yang mempengaruhi perkembangan otak bayi dan kanak untuk menimbulkan kerentanan munculnya skizofrenia dan gangguan jiwa lain di kemudian hari. Pada pasien skizofrenia ditemukan adanya peningkatan relatif kadar sitokin proinflamasi. Sitokin proinflamasi diperkirakan berperan dalam perubahan pada sawar darah otak sehingga memunculkan gejala gangguan jiwa termasuk skizofrenia (Yudhantara, 2018).

3) Neurokimiawi

a) Dopamin

Munculnya gejala psikosis pada skizofrenia diakibatkan oleh adanya gangguan aktivitas neuron dopaminergik. Munculnya gejala positif pada skizofrenia diakibatkan oleh hiperaktivitas neuron dopaminergik, sedangkan Hipoaktivitas neuron dopaminergik menyebabkan munculnya gejala negatif (Yudhantara, 2018).

b) Glutamat

Glutamat diperkirakan mempunyai hubungan dengan munculnya skizofrenia. Diperkirakan hipofungsi glutamat yaitu *N-methyl-D-aspartate(NMDA)* berperan skizofrenia. Hipofungsi reseptor *NMDA* menyebabkan terjadinya pelepasan berlebihan dopamin pada jaras dopaminergik (Yudhantara, 2018).

c) Serotonin

Serotonin berfungsi untuk memodulasi dopamin. Peningkatan serotonin akan menyebabkan penurunan dopamin yang mengakibatkan gejala negatif pada skizofrenia (Stuart, 2016).

d) *Gamma-Amino-Butyric-Acid* (GABA)

GABA pada interneuron berperan dalam proses regulasi fungsi korteks prefrontal melalui modulasi sel piramidal glutamatergik. Individu dengan skizofrenia memiliki neuron GABAnergik yang lebih rendah daripada individu normal. Rendahnya neuron GABAnergik memicu hiperaktivitas neuron dopaminergik (Yudhantara, 2018).

b. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Secara general tanda dan gejala skizofrenia di bagi menjadi 2, yaitu gejala positif dan negatif menurut (Stuart, 2016).

1) Gejala positif

Gejala positif merupakan gejala skizofrenia yang ditandai dengan perilaku normal yang berlebihan. Gejala positif meliputi gangguan jiwa terkait berpikir dan disorganisasi bicara dan perilaku (Stuart, 2016).

a) Gangguan jiwa terkait berpikir

Gangguan jiwa terkait berpikir meliputi waham (paranoid, somatik, kebesaran, agama, nihilistik atau persekuturi, siar pikir, sisip pikir, atau kontrol pikir) dan halusinasi

(pendengaran, pengelihatn, sentuhan, pengecapan, dan penciuman).

b) Disorganisasi bicara dan perilaku

Disorganisasi bicara dan perilaku meliputi gangguan berpikir positif formal (inkoheren *wod salad*, *derailment*, tidak logis, *loose associations*, *tangentiality*, *cicumtantials*, *pressured speech*, *distractible speech*, atau miskin bicara) dan perilaku aneh (katatonia, gangguan gerak, dan kerusakan perilaku sosial).

2) Gejala negatif

Gejala negatif skizofrenia merupakan perilaku normal yang berkurang karena adanya sebuah penurunan atau hilangnya fungsi otak yang normal. Gejala negatif meliputi masalah emosi dan gangguan pengambilan keputusan (Stuart, 2016).

a) Masalah emosi

Masalah emosi meliputi afek datar (terbatas jangkauan dan intensitas ekspresi emosional) dan anhedonia (ketidakmampuan untuk mengalami kesenangan atau mempertahankan kontak sosial).

b) Gangguan pengambilan keputusan

Gangguan pengambilan keputusan meliputi alogia (pembatasan berpikir dan berbicara), apatis (kurang inisiasi perilaku yang diarahkan pada tujuan), dan gangguan perhatian (ketidakmampuan mental untuk fokus dan mempertahankan perhatian).

c. Proses Terjadinya Skizofrenia

Di dalam otak terdapat milyaran sambungan sel, setiap sambungan sel menjadi tempat untuk meneruskan maupun menerima pesan dari

sambungan sel lain. Sambungan sel tersebut melepaskan zat kimia yang di sebut *neurotransmitters* yang membawa pesan dari ujung sambungan sel yang lain. Di dalam otak yang terserang skizofrenia terdapat kesalahan atau kerusakan pada sistem komunikasi tersebut.

Bagi keluarga dengan penderita skizofrenia di dalamnya, akan mengerti dengan jelas apa yang dialami penderita skizofrenia dengan membandingkan otak dengan telepon. Pada orang yang normal, sistem *switch* pada otak bekerja dengan normal. Sinyal-sinyal persepsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna tanpa ada gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan akhirnya melakukan tindakan sesuai kebutuhan saat itu. Pada otak klien skizofrenia, sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju.

Skizofrenia terbentuk secara bertahap dimana keluarga maupun klien tidak menyadari ada sesuatu yang tidak beres dalam otaknya dalam kurun waktu yang lama. Kerusakan yang perlahan-lahan ini yang akhirnya menjadi skizofrenia yang tersembunyi dan berbahaya. Gejala yang timbul secara perlahan-lahan ini bisa saja menjadi *skizofrenia acute*. Periode skizofrenia akut adalah gangguan yang singkat dan kuat, yang meliputi halusinasi, penyesatan pikiran (delusi), dan kegagalan berpikir. Kadang kala skizofrenia menyerang secara tiba-tiba, perubahan perilaku yang sangat dramatis terjadi dalam beberapa hari atau minggu. Serangan yang mendadak selalu memicu terjadinya periode akut secara cepat. Beberapa penderita mengalami gangguan seumur hidup, tapi banyak juga yang bisa kembali hidup secara normal dalam periode akut tersebut. Kebanyakan didapati bahwa mereka dikucilkan, menderita depresi yang hebat, dan tidak dapat berfungsi sebagaimana layaknya orang normal dalam lingkungannya. Dalam beberapa kasus, serangan dapat meningkat menjadi apa yang disebut skizofrenia kronis. Klien

menjadi buas, kehilangan karakter sebagai manusia dalam kehidupan sosial, tidak memiliki motivasi sama sekali, depresi, dan tidak memiliki kepekaan tentang perasaannya sendiri (Yosep, 2014).

3. Klasifikasi Skizofrenia

Pada PPDGJ-III terdapat beberapa subtipe dari skizofrenia, yaitu skizofrenia paranoid, skizofrenia hebefrenik, skizofrenia katatonik, skizofrenia tak terinci, skizofrenia residual dan skizofrenia simpleks, serta depresi pasca skizofrenia (Yudhantara, 2018).

a. Skizofrenia paranoid

Skizofrenia paranoid ditandai dengan adanya satu atau lebih waham dengan halusinasi auditorik yang sering muncul. Konten dari halusinasi auditorik sering berhubungan dengan waham. Pasien dengan skizofrenia paranoid memiliki gejala dominan waham paranoid dan terjadi lebih banyak pada laki-laki dan jarang terjadi usia muda. Pasien sering terlarut dalam waham yang dimiliki, misalnya permusuhan atau adanya ekspansi grandiose (kebesaran), yakni bahwa orang lain membicarakan tentang seseorang, yakin bahwa orang-orang sedang berkonspirasi untuk melawan atau berencana menganiaya seseorang atau yakin bahwa ada kekuatan dari luar yang mengendalikan tindakan seseorang dan seringkali seseorang itu adalah diri pasien sendiri.

b. Skizofrenia hebefrenik

Skizofrenia hebefrenik adalah suatu bentuk skizofrenia dengan perubahan afektif yang tampak jelas dan secara umum juga dijumpai waham dan halusinasi yang bersifat ngambang serta terputus-putus. Perilaku pasien dengan skizofrenia hebefrenik biasanya tidak bertanggung jawab, pasien kadang kala juga menunjukkan sikap superior, mendramatisir dirinya atau gejala yang dialami, pembicaraan yang keras dan dibesar-besarkan, peningkatan aktivitas motorik dan pembicaraan yang amat

banyak. Proses pikir pada pasien skizofrenia hebefrenik juga mengalami disorganisasi dan pembicaraan yang tidak menentu (*rambling*) serta inkoheren. Ada kecenderungan untuk tetap menyendiri (*solitary*) dan perilaku tampak hampa tujuan dan hampa perasaan.

c. Skizofrenia katatonik

Kriteria diagnosis katatonik membutuhkan dua atau lima karakteristik yaitu *immobility* (stupor atau katalepsi), banyaknya aktivitas motorik yang tak bertujuan negatifisme, gerakan tidak biasa (*posturing, stereotipi, mannerismus* atau *grimacing*). Gangguan psikomotor yang menonjol merupakan gangguan yang esensial dan dominan, dapat bervariasi antara kondisi ekstrem seperti hiperkinesia dan stupor atau antara sifat penurutan yang otomatis dan negatifisme.

d. Skizofrenia tak terinci

Skizofrenia tak terinci dipakai untuk mengkategorikan pasien yang masuk dalam kriteria skizofrenia namun tidak dapat diklasifikasikan pada subtype paranoid, hebefrenik ataupun katatonik. Pasien biasanya memperlihatkan gejala lebih dari satu subtype tanpa gambaran predominasi yang jelas untuk suatu kelompok diagnosis yang khas.

e. Skizofrenia residual

Diagnosis ini dipakai untuk pasien yang memiliki setidaknya satu episode psikosis sebelumnya dan memenuhi kriteria skizofrenia, namun sudah tidak memiliki gejala psikosis. Pasien masih mengalami gangguan dengan gambaran gejala-gejala negatif, gejala residual atau keduanya. Kondisi dapat kronis atau merupakan transisi menuju remisi sempurna, dalam penjelasan yang di tuliskan

di ICD-10 sub tipe ini merupakan gambaran dari suatu stadium kronis dari perjalanan skizofrenia.

f. Skizofrenia simpleks

Gambaran klasik dari tipe skizofrenia ini adalah penurunan fungsi atau penarikan diri secara sosial dan okupasi atau hal-hal yang berhubungan dengan pekerjaan. Gejala psikosis yang berat atau halusinasi yang parah, waham yang menetap, biasanya tidak di dapat pada pasien. Gangguan ini juga dicirikan dengan hilangnya dorongan dan ambisi secara perlahan dan tidak terlalu jelas. Gejala-gejala dari skizofrenia tipe ini harus dibedakan dari gangguan psikiatri dengan gejala serupa misalnya depresi, pobia, demensia atau gangguan kepribadian. Harus benar-benar dapat menyingkirkan diagnosis yang lain sebelum memastikan bahwa pasien memenuhi kriteria dari skizofrenia. Tipe skizofrenia ini dapat dialami oleh berbagai macam usia, termasuk usia lanjut.

4. Penatalaksanaan Medis Skizofrenia

Penatalaksanaan gangguan jiwa berat dilakukan dengan menggunakan obat-obatan antipsikotik. Antipsikotik dibagi menjadi 2 golongan, yaitu golongan atipikal psikotik dan tipikal menurut (Stuart, 2016).

a. Psikofarmakologi

Psikofarmakologi utama bagi pasien skizofrenia adalah antipsikotik atipikal dan antipsikotik tipikal

1) Antipsikotik Atipikal

Obat-obatan atipikal bersifat menghambat dopamin 2 (D2) dan serotonin 2 (5-HT2) reseptor pasca sinaptik, jadi obat atipikal bersifat antagonis dopamin dan serotonin. Keutungan antipsikotik atipikal adalah memperbaiki gejala positif dan gejala negatif skizofrenia, namun ada beberapa kerugian dari penggunaan antipsikotik atipikal yaitu dapat menyebabkan sindrom metabolik yang berhubungan dengan masalah

penambahan berat badan, diabetes, dan dislipidemia serta sering menyebabkan penyakit kardiovaskuler. Contoh obat antipsikotik atipikal adalah aripiprazole, asenapine, clozapine, iloperidone, lurasidone, olanzapine, paliperidone, risperidone, quetiapine, dan ziprasidone.

2) Antipsikotik Tipikal

Obat-obat antipsikotik tipikal sebagian besar adalah dopamin antagonis (DA). Obat ini bekerja dengan cara menghambat reseptor D2, postsinaptik pada beberapa saluran DA di otak, bertanggung jawab untuk menurunkan gejala positif skizofrenia. Antipsikotik tipikal memiliki efek samping gejala ekstrapiramidal, diskinesia tardif dan sindrom maligna neurologik. Contoh obat antipsikotik tipikal adalah phenothiazines, chlorpromazine, thioridazine, mesoridazine, perphenazine, trifluoperazine, fluphenazine, fluphenazine decanote, thioxanthene, butyrophenones, haloperidol, haloperidol decanote, dibenzoxazepine, loxapine, diphenylbutylpiperidine dan pimozide.

b. Efek samping antipsikotik

Efek samping obat-obatan antipsikotik meliputi ekstrapiramidal, sindrom neuroleptik maligna, hipotensi ortostatik, diskrasia darah, fotosensitivitas, dan efek samping antikolinergik menurut (O'Brien, 2013).

1) Efek ekstrapiramidal

Efek ekstrapiramidal yang diakibatkan antipsikotik, khususnya golongan atipikal meliputi distonia (spasme otot, gejala pseudoparkinson), akatesia (kegelisahan motorik), akinesia (kelemahan, hambatan pergerakan), untuk menangani efek samping ekstrapiramidal digunakan agen antikolinergik (Benzotropine, Trihexyphenidly, Biperiden), benzodiazepin

(diazepam, lorazepam, clonazepam), atau penyeka beta seperti propranolol.

2) Sindrom neuroleptik maligna

Sindrom neuroleptik maligna meliputi peningkatan kreatinin fosfokinase, demam, diaforesis, kaku otot, dan ketidakstabilan otonom. Untuk menanganinya berfokus pada penghentian obat neuroleptik dan penanganan gejala melalui pendinginan, hidrasi, dan pencegahan emboli, terapi yang diberikan seperti dantrolen (dantrium), dan bromokriptin (parlodel).

3) Hipotensi ortostatik

Hipotensi ortostatik merupakan penurunan tekanan darah yang diakibatkan perubahan posisi, penanganan efek samping ini dilakukan dengan menginstruksikan pasien untuk merubah posisi seacara perlahan, jika berat diatasi dengan pemberian cairan intravena atau agonis alfa-adrenergik seperti norefinefrin dan metaraminol.

4) Distraksia darah

Distraksia darah seperti agranulositosis, granulositopenia, dan leukopenia , penatalaksanaan efek samping dengan cara hitung granulosit dan pemeriksaan dasar harus dilakukan terutama pada pasien yang mengkonsumsi clozapin.

5) Fotosensitivitas

Fotosensitivitas merupakan efek samping yang relatif umum terjadi akibat konsumsi antipsikotik tipikal. Tabir surya harus tersedia dan pasien harus menghindari terpapar sinar matahari kuat.

6) Efek samping antikolinergik

Efek samping antikolinergik meliputi mulut kering, konstipasi, dan pengelihatn buram. Klozapin berkaitan dengan Efek samping antikolinergik. Penanganan Efek samping antikolinergik dapat menggunakan air, permen bebas gula, dan obat kumur bebas alkohol digunakan untuk mengatasi mulut kering, dan

peningkatan asupan cairan dan serat membantu mengatasi konstipasi.

B. Konsep Halusinasi

1. Definisi Halusinasi

Menurut Stuart (2016), halusinasi adalah distorsi persepsi palsu yang terjadi pada respons neurologis maladaptif, hal ini juga dapat terjadi pada penyakit yang mengganggu fungsi otak. Halusinasi merupakan gangguan atau perubahan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu penerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar. Suatu penghayatan yang dialami suatu persepsi melalui panca indra tanpa stimulus eksteren: persepsi palsu. (Prabowo, 2014). Halusinasi adalah terganggunya persepsi seseorang, dimana tidak terdapat stimulus (Yosep, 2014).

2. Psikodinamika

a. Etiologi halusinasi

Menurut Yosep (2014), terdapat dua faktor penyebab halusinasi, yaitu:

1) Faktor predisposisi

a) Faktor perkembangan

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

b) Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima di lingkungannya sejak bayi (*unwanted child*) akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya diri pada lingkungannya.

c) Faktor 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 (Nurhalimah, 2018).

d) Faktor biokimiawi

Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti *buffofenon* dan *dimetytraferase* (DMP). Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivasinya neurotransmitter otak. Misalnya terjadi ketidakseimbangan *acetylcholin* dan *dopamin*.

e) Faktor psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan pasien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa ke masa depannya. Pasien lebih memilih kesenangan sesaat lari dari alam nyata menuju alam khayal.

f) Faktor genetik

Menurut Stuart dan Laraia (2005) dalam Muhith (2015), telah diketahui bahwa secara genetik skizofrenia diturunkan melalui kromosom-kromosom tertentu. Namun demikian, kromosom yang beberapa menjadi faktor penentu gangguan ini sampai sekarang masih dalam tahap penelitian. Anak

kembar identik memiliki kemungkinan mengalami skizofrenia sebesar 50% jika salah satunya mengalami skizofrenia, sementara jika dizygote peluangnya sebesar 15%. Seorang anak yang salah satu orang tuanya mengalami skizofrenia berpeluang 15% mengalami skizofrenia, sementara bila kedua orang tuanya skizofrenia maka berpeluang menjadi 35%.

2) Faktor presipitasi

Menurut Nurhalimah (2018), faktor presipitasi halusinasi yaitu:

- a) Riwayat penyakit infeksi
- b) Penyakit kronis atau kelainan struktur otak
- c) Riwayat kekerasan keluarga
- d) Adanya kegagalan dalam hidup
- e) Kemiskinan
- f) Adanya aturan atau tuntutan di keluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan pasien
- g) Konflik antar masyarakat

b. Tanda dan gejala halusinasi

Menurut Nurhalimah (2018), Tanda dan gejala halusinasi yang dinilai dari hasil observasi dan apa yang diungkapkan oleh pasien. Adapun tanda dan gejalanya sebagai berikut:

- 1) Data subjektif : pasien mengatakan
 - a) Mendengar suara-suara atau kegaduhan
 - b) Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap
 - c) Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
 - d) Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster
 - e) Mencium bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan

- f) Merasakan rasa seperti darah, urin atau feces
- g) Merasa takut atau senang dengan halusinasinya

2) Data objektif

- a) Bicara atau tertawa sendiri
- b) Marah-marah tanpa sebab
- c) Mengarahkan telinga ke arah tertentu
- d) Menutup telinga
- e) Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu
- f) Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas
- g) Mencium sesuatu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu
- h) Menutup hidung
- i) Sering meludah
- j) Muntah
- k) Menggaruk-garuk permukaan kulit

c. Proses terjadinya halusinasi

Proses terjadinya halusinasi melalui beberapa tahapan, tahapan halusinasi tersebut terdiri dari lima fase, yaitu *Sleep Disorder*, *Comforting Severe Level of Anxiety*, *Condemning Severe Level of Anxiety*, *Controlling Severe Level of Anxiety*, dan *Conquering Panic Level of Anxiety* (Yosep, 2014)

a. *Sleep Disorder*

Sleep Disorder merupakan fase awal seseorang sebelum muncul halusinasi. Karakteristik pada fase ini klien merasa banyak masalah, ingin menghindar dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makan terasa sulit karena berbagai stressor terakumulasi, misalnya kekasih hamil, terlibat narkoba, di khianati kekasih, masalah di kampus, PHK di tempat kerja, penyakit, hutang, nilai di kampus, drop out dan sebagainya. Masalah terasa

menekan karena terakumulasi, sementara *support system* kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Klien akan sulit tidur yang berlangsung terus-menerus sehingga terbiasa menghayal. Klien menganggap bahwa lamunan-lamunan tersebut pemecah masalah.

b. *Comforting Severe Level of Anxiety*

Halusinasi secara umum akan klien terima sebagai sesuatu yang alami. Klien akan mengalami emosi yang berkelanjutan seperti adanya perasaan cemas, kesepian berdosa, ketakutan, dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Klien beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat terkontrol bila kecemasannya di atur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya.

c. *Condemning Severe Level of Anxiety*

Secara umum halusinasi sering mendatangi klien. Pengalaman sensori klien menjadi sering datang dan mengalami bias klien mulai merasa tidak mampu mengontrol halusinasinya dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang di persepsikan.

d. *Controlling Severe Level of Anxiety*

Fungsi sensori klien mulai tidak relevan dengan kenyataan. Klien akan mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir. Disinilah mulai fase gangguan pskiotik.

e. *Conquering Panic Level of Anxiety*

Klien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya. Pengalaman sensori klien terganggu, klien mulai merasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila klien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal empat jam atau seharian, jika klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik maka akan menjadi gangguan psikotik yang berat.

3. Jenis halusinasi

Ada beberapa jenis halusinasi dengan karakteristik tertentu menurut (Prabowo, 2014), yaitu :

a. Halusinasi pendengaran (akustik, auditorik)

Gangguan stimulus pasien mendengar suara-suara terutama suara orang, biasanya pasien mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

b. Halusinasi pengelihatian (*visual*)

Gangguan stimulus visual dalam bentuk beragam seperti bentuk pancaran cahaya, gambaran geometrik, gambar kartun dan panorama yang luas dan kompleks. Bayangan bias bisa menyenangkan atau menakutkan.

c. Halusinasi penciuman

Gangguan stimulus pada penghidu, yang ditandai dengan adanya bau busuk, amis, dan bau yang menjijikan seperti darah, urin, atau feses dan terkadang bau harum. Biasanya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang dan demensia.

d. Halusinasi perabaan (taktil, kinaestetik)

Gangguan stimulus yang ditandai dengan adanya rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat. Contohnya seperti merasakan sensasi sengatan listrik datang dari tanah, benda mati atau orang.

- e. Halusinasi pengecap (gustatorik)
Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis dan menjijikan.

4. Rentang Respon

Adaptif	Psikososial	Maladaptif
Pikiran logis	Pikiran kadang menyimpang	Gangguan proses pikir; waham
Persepsi akurat	Ilusi	Halusinasi
Emosi konsisten	Emosi berlebihan	Perilaku tidak terorganisir
Perilaku sesuai	Perilaku aneh	Isolasi sosial
Hubungan sosial harmonis	Menarik diri	

Gambar 2.1 (Muhit, 2015).

C. Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi

Proses keperawatan adalah metode dimana suatu konsep ditetapkan dalam praktik keperawatan. Standar praktik profesional proses keperawatan terdiri dari lima tahap yang *sequensial* dan berhubungan, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Muhit, 2015).

1. Pengkajian keperawatan halusinasi

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Muhit, 2015).

a. Faktor predisposisi

1) Faktor Biologis

Faktor predisposisi biologis meliputi riwayat genetik, keadaan neurobiologis, status kesehatan umum, dan status imunologi. Abnormalitas yang menyebabkan respon neurobiologi yang maladaptif termasuk hal-hal berikut: penelitian pencitraan otak

yang menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia, lesi pada area frontal, temporal, dan limbik. Serta beberapa kimia otak dikaitkan dengan skizofrenia seperti dopamine neurotransmitter yang berlebihan dan masalah pada respon dopamine.

2) Faktor psikologis

Teori psikodinamika yang menggambarkan bahwa halusinasi terjadi karena adanya isi alam tidak sadar yang masuk alam sadar sebagai suatu respon terhadap konflik psikologis dan kebutuhan yang tidak terpenuhi, sehingga halusinasi merupakan gambaran dan rangsangan dan ketakutan yang di alami klien.

3) Sosial budaya

Stress yang menumpuk dapat menjang terhadap awitan skizofrenia dan gangguan psikotik lain tetapi di yakini sebagai penyebab utama gangguan.

b. Faktor presipitasi

1) Stresor sosial budaya

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

2) Faktor biokimiawi

Berbagai penelitian tentang dopamin, norepinefrine, indolamin, serta zat halusigenik di duga berkaitan dengan gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi.

3) Faktor psikologis

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

4) Perilaku

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

c. Mekanisme koping

Pasien dengan halusinasi akan berupaya melindungi diri dari pengalaman menakutkan yang disebabkan oleh penyakit yang dialami. Untuk melindungi diri dari pengalaman menakutkan klien menggunakan beberapa mekanisme pertahanan meliputi regresi, proyeksi, menarik diri, dan mengingkari (Stuart, 2016).

1) Regresi

Regresi merupakan perilaku kembali seperti pada perilaku perkembangan anak atau berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas.

2) Proyeksi

Proyeksi adalah keinginan yang tidak dapat ditoleransi, mencurahkan emosi pada orang lain karena kesalahan yang dilakukan diri sendiri (upaya untuk menjelaskan kerancuan persepsi).

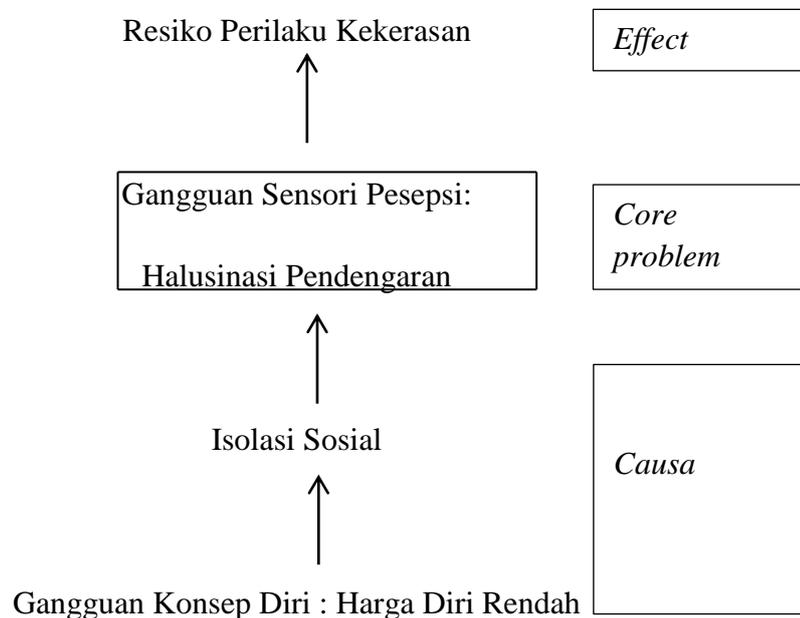
3) Menarik diri

Menarik diri merupakan reaksi yang di tampilkan dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis, reaksi fisik yaitu individu pergi atau lari menghindari sumber stressor, misalnya menjauhi polusi, sumber infeksi, gas beracun dan lain-lain. Sedangkan reaksi psikologis individu menunjukkan perilaku apatis, mengisolasi diri, tidak berminat, sering disertai rasa takut dan bermusuhan.

4) Mengingkari

Mengingkari sering digunakan oleh klien dan keluarga. Mekanisme koping ini adalah sama dengan penolakan yang terjadi setiap kali seseorang menerima informasi yang menyebabkan rasa takut dan ansietas.

d. Pohon masalah



Gambar 2.2 Pohon Masalah (Yosep, 2014).

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut (Yosep, 2014) yaitu:

- a. Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran
- b. Resiko Perilaku Kekerasan
- c. Isolasi Sosial
- d. Harga Diri Rendah

3. Perencanaan keperawatan

Tindakan keperawatan pada pasien dengan halusinasi dapat berupa tindakan keperawatan individu, keluarga, dan terapi aktivitas kelompok. Rumusan tujuan keperawatan harus SMART, yaitu *specific* (rumusan masalah harus jelas), *measurable* (dapat diukur), *achievable* (dapat dicapai, ditetapkan bersama pasien), *reasonable* (dapat tercapai dan nyata), dan *time* (harus ada target waktu) (Kodim, 2015). Setelah

merumuskan tujuan langkah selanjutnya adalah merumuskan kriteria hasil/evaluasi. Penyusunan kriteria hasil/evaluasi ada beberapa hal yang harus diperhatikan diantaranya, berkaitan dengan tujuan, bersifat khusus, dan konkret. Selain itu, hasilnya harus dapat dilihat, didengar, dan diukur oleh orang lain. Tindakan keperawatan pada pasien dengan halusinasi dapat berupa tindakan keperawatan individu, keluarga, dan terapi aktivitas kelompok.

a. Rencana keperawatan untuk klien : Individu & Keluarga

Tujuan umum: pasien tidak mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

Tujuan khusus:

1) Membina hubungan saling percaya

Kriteria hasil : pasien menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi klien

Tindakan keperawatan:

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

- (1) Sapa pasien dengan ramah baik verbal ataupun non verbal
- (2) Perkenalkan diri dengan sopan
- (3) Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien
- (4) Jelaskan tujuan pertemuan
- (5) Jujur dan menepati janji
- (6) Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya
- (7) Beri perhatian kepada klien dan perhatian kebutuhan dasar klien

2) Pasien dapat mengenal halusinasinya

Kriteria hasil : pasien dapat menyebutkan waktu, isi, dan frekuensi timbul halusinasi

Tindakan keperawatan:

- a) Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap
- b) Observasi tingkah laku pasien yang terkait dengan halusinasinya: bicara dan tertawa tanpa stimulus dan memandang ke kiri/kanan/ke depan seolah-olah ada teman bicara
- c) Bantu pasien mengenal halusinasinya dengan cara:
 - (1) Jika menemukan pasien sedang berhalusinasi: tanyakan apakah ada suara yang didengarnya
 - (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 atau menghakimi)
 - (3) Katakan bahwa pasien lain juga ada yang seperti pasien
 - (4) Katakan bahwa perawat akan membantu pasien

Kriteria hasil: pasien dapat mengungkapkan bagaimana perasaannya terhadap halusinasin tersebut

- a) Diskusikan dengan pasien:
 - (1) Situasi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi (jika sendiri, jengkel atau sedih)
 - (2) Waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore dan malam: terus-menerus atau sewaktu-waktu)
- b) Diskusikan dengan pasien tentang apa yang dirasakannya jika terjadi halusinasi (marah, takut, sedih dan senang) beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya

3) Pasien dapat mengontrol halusinasi

Kriteria hasil : setelah berinteraksi pasien dapat menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya

- a) Bersama pasien identifikasi tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukan diri, dll)
- b) Diskusikan manfaat dan cara yang digunakan pasien. Jika bermanfaat beri pujian kepada pasien

Kriteria hasil: setelah berinteraksi pasien dapat menyebutkan cara baru mengontrol halusinasi

- a) Diskusikan dengan pasien tentang cara baru mengontrol halusinasinya:
 - (1) Menghardik/mengusir/tidak memedulikan halusinasinya
 - (2) Bercakap-cakap dengan orang lain jika halusinasinya muncul
 - (3) Melakukan kegiatan sehari-hari

Kriteria hasil: setelah berinteraksi pasien dapat mendemonstrasikan cara menghardik/ mengusir/ tidak memedulikan halusinasinya

- a) Beri contoh cara menghardik halusinasi: “ pergi! Saya tidak mau dengar kamu, saya mau mencuci piring/ bercakap-cakap dengan suster”
- b) Beri pujian atas keberhasilan pasien
- c) Minta klien mengikuti contoh yang diberikan dan minta pasien mengulanginya
- d) Susun jadwal latihan pasien dan minta pasien untuk mengisi jadwal kegiatan (*self-evaluation*)

Kriteria hasil: setelah berinteraksi pasien dapat mengikuti aktivitas kelompok

- a) Anjurkan pasien untuk mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi realita, stimulasi persepsi

Kriteria hasil: setelah berinteraksi pasien dapat mendemonstrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah halusinasi

- a) Pasien dapat menyebutkan jenis, dosis, dan 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)
 - 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 meminum obat pada waktu yang tepat
 - d) Anjurkan klien untuk bicara dengan dokter mengenai manfaat dan efek samping obat yang di rasakan
- 4) Keluarga dapat merawat pasien dirumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif untuk pasien

Kriteria hasil: Setelah berinteraksi keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda, dan tindakan untuk mengendalikan halusinasi

- a) Diskusikan dengan keluarga (pada saat berkunjung/pada saat kunjungan rumah):
 - (1) Gejala halusinasi yang dialami pasien
 - (2) Cara yang dapat dilakukan pasien dan keluarga untuk memutuskan halusinasi
 - (3) Cara merawat anggota keluarga dengan gangguan halusinasi di rumah beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, berpergian bersama, jika pasien sedang sendiri di rumah, lakukan kontak dengan telepon
 - (4) Beri informasi tentang tindak lanjut (*follow up*) atau kapan perlu mendapat bantuan : halusinasi tidak terkontrol dan risiko mencederai orang lain

Kriteria hasil: setelah berinteraksi keluarga dapat menyebutkan jenis, dosis, waktu pemberian, manfaat, serta efek samping obat

- a) Diskusikan dengan keluarga tentang jenis, dosis, waktu pemberian, manfaat, serta efek samping obat
- b) Anjurkan kepada keluarga berdiskusi dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat (Sutejo, 2018).

b. Terapi aktivitas kelompok: Stimulasi Persepsi

Terapi aktivitas kelompok merupakan salah satu terapi modalitas yang dilakukan perawat kepada sekelompok klien yang mengalami masalah keperawatan yang sama. Aktivitas digunakan sebagai terapi dan kelompok digunakan sebagai target asuhan. Di dalam kelompok terjadi dinamika interaksi saling tergantung, saling membutuhkan, dan menjadi laboratorium tempat klien berlatih perilaku baru yang adaptif untuk memperbaiki perilaku lama yang maladaptif. Terapi aktivitas kelompok yang dikembangkan adalah sosialisasi, stimulasi persepsi, stimulasi sensoris dan orientasi realita (Keliat, 2014).

Terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi adalah terapi yang menggunakan aktivitas sebagai stimulus dan terkait dengan pengalaman dan/atau kehidupan untuk didiskusikan dalam kelompok. Tujuan umum TAK stimulasi persepsi adalah klien memiliki kemampuan untuk menyelesaikan masalah yang diakibatkan oleh paparan stimulus kepadanya . Selain itu, terdapat tujuan khususnya yaitu klien dapat mempersepsikan stimulus yang dipaparkan kepadanya secara tepat dan klien dapat menyelesaikan masalah yang timbul dari stimulus yang dialami (Keliat, 2014).

Terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi : Halusinasi terdapat 5 sesi , meliputi:

- 1) Sesi 1: mengenal halusinasi . Tujuan nya yaitu klien dapat mengenal isi halusinasi, klien mengenal waktu terjadinya

halusinasi, klien mengenal situasi terjadinya halusinasi dan klien mengenal perasaannya pada saat terjadi halusinasi.

- 2) Sesi 2 : mengontrol halusinasi dengan menghardik. Tujuannya yaitu klien dapat menjelaskan cara yang selama ini dilakukan untuk mengatasi halusinasi, klien dapat memahami cara menghardik halusinasi dan klien dapat memperagakan cara menghardik halusinasi.
- 3) Sesi 3 : mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan. Tujuannya yaitu klien dapat memahami pentingnya melakukan kegiatan untuk mencegah munculnya halusinasi dan klien dapat menyusun jadwal kegiatan untuk mencegah terjadinya halusinasi.
- 4) Sesi 4 : mencegah halusinasi dengan bercakap-cakap. Tujuannya yaitu klien memahami pentingnya bercakap-cakap dengan orang lain untuk mencegah halusinasi dan klien dapat bercakap-cakap dengan orang lain untuk mencegah halusinasi.
- 5) Sesi 5 : mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat. Tujuannya yaitu klien memahami pentingnya patuh minum obat, klien memahami akibat tidak patuh obat dan klien dapat menyebutkan lima benar cara minum obat.

4. Pelaksanaan keperawatan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. Keterampilan yang dibutuhkan dalam pelaksanaan adalah keterampilan kognitif, keterampilan interpersonal, dan keterampilan psikomotor. Keterampilan kognitif mencakup pengetahuan keperawatan yang menyeluruh. Perawat harus mengetahui alasan untuk setiap intervensi terapeutik; memahami respons fisiologis, psikologis, mampu mengidentifikasi kebutuhan pembelajaran dan pemulangan klien serta mengenali aspek-aspek promotif kesehatan klien dan kebutuhan penyakit. Keterampilan interpersonal penting untuk

tindakan keperawatan yang efektif. Perawat harus berkomunikasi dengan jelas kepada klien, anggota keluarga, dan anggota tim kesehatan lainnya, perhatian dan saling percaya ditunjukkan ketika perawat berkomunikasi secara terbuka dan jujur, perawat juga harus sensitif pada respons emosional klien terhadap penyakit dan pengobatan . keterampilan pskiomotor mencangkup kebutuhan langsung terhadap perawat dan klien, perawat mengkaji tingkat kompetensi mereka dan memastikan bahwa klien mendapat tindakan yang aman (Saiful, 2014).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. (Saiful, 2014). Evaluasi dapat dibagi menjadi dua jenis yaitu evaluasi proses atau formatif dilakukan selesai melaksanakan tindakan. Evaluasi hasil atau somatif dilakukan dengan membandingkan respon pasien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditemukan (Setiadi, 2012). Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir, dimana masing-masing huruf tersebut diuraikan sebagai berikut:

a. Subjektif

Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

b. Objektif

Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

c. Analisis

Analisa ulang terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontraindikasi dengan masalah yang ada.

d. Perencanaan

Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pengkajian dilakukan pada tanggal 03 Januari 2020 Pukul 08.00 WIB di ruang Dukuh Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Jakarta Timur. Perawat mendapatkan informasi dari pasien, rekam medis, dan perawat lainnya melalui wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik.

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Pasien Tn. S 46 tahun, jenis kelamin laki-laki, status perkawinan belum menikah, beragama Islam, suku Betawi, pendidikan terakhir SMA (Lulus).

2. Alasan Masuk

Pada tanggal 31 Desember 2019 pasien tidak meminum obat selama 1 minggu, mengamuk di rumah, merusak gapura lingkungan 2 kali, mendengar suara-suara yang menyuruhnya memukul kepala. Tanggal 1 Januari 2020 di bawa oleh keluarga ke RS Duren Sawit, pasien di ruang Durian pasien mengamuk dan menyerang perawat yang ada di sana. Tanggal 2 Januari 2020 pasien di pindahkan ke ruang Dukuh karena keadaannya sudah kooperatif.

3. Faktor Predisposisi

1) Biologis

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang gangguan jiwa, dirinya pernah mengalami gangguan jiwa pada usia 23 tahun pasien di bawa ke Rumah Sakit PELNI ke poli psikiatri karena pasien sering diam di rumah dan tidak mau berbicara dengan siapapun. Usia 29 tahun pasien di bawa ke Rumah

Sakit Cipto Mangunkusumo karena di rumah sering senyum-senyum sendiri dan kurang lebih 2 tahun putus obat.

Usia 37 tahun pasien dibawa ke Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit karena mendengar suara-suara, sering senyum-senyum sendiri di rumah dan tidak mau berbicara dengan siapapun saat dirumah, putus obat selama 4 tahun.

Usia 43 tahun pasien dibawa ke Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit karena putus obat selama 5 tahun, berbicara sendiri dan tidak mau berbicara dengan siapapun.

Usia 45 tahun pasien dibawa ke Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit karena putus obat selama 1 tahun, di rumah tidak mau berbicara dengan siapapun dan mendengar suara-suara.

2) Psikososial

Pasien mengatakan usia 14 tahun (Kelas 1 SMA) sering di rundung oleh teman-temannya, jika ingin ikut main pasien harus mau disuruh-suruh oleh teman-temannya. Usia 16 tahun (Kelas 3 SMA) pasien merasa lelah karena sering di rundung oleh teman-temannya akhirnya pasien memutuskan untuk tidak berteman dengan siapapun, pasien lebih sering sendirian di kelas dan di rumah lebih sering diam di kamar.

Usia 19 tahun pasien mengalami penolakan dari orang yang dicintai dan usia 21 tahun mengalami kehilangan orang yang dicintai yaitu ayahnya.

3) Sosial budaya

Pasien mengatakan usia 22 tahun pasien belum juga mendapat pekerjaan, kakaknya pernah mengatakan dirinya tidak berguna dan terus-menerus menyusahkan orang tuanya karena sejak lulus SMA sampai usia 22 tahun belum juga bekerja, sejak itu pasien sering berdiam di kamar dan tidak mau berbicara kepada siapapun pasien sering diam di rumah dan tidak mau berbicara dengan siapapun.

Masalah Keperawatan : Regimen terapi inefektif, Harga Diri Rendah Kronik dan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran

4. Faktor Presipitasi

1) Biologis

Pasien mengatakan mengatakan tidak pernah mengalami cedera atau trauma kepala selama 6 bulan terakhir, tidak minum obat sudah 3 bulan , tanggal 1 Desember pasien dibawa oleh keluarga ke RS Duren Sawit dan di rawat selama 2 minggu. Setelah pulang dari Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit pasien tidak meminum obat selama 1 minggu, obat terakhir yang diminum pasien trihexyphenidly 2x2mg, sovapel 2x10mg, clozapine 1x30mg. Pasien dalam 6 bulan terakhir tidak pernah mengkonsumsi napza dan merokok.

2) Sosial budaya

Pasien mengatakan karena penyakitnya sekarang pasien belum bekerja, karena bagi dirinya tidak ada orang yang mau memperkerjakan orang seperti dirinya. Pasien belum menikah dan mempunyai keturunan sedangkan usianya sudah matang.

3) Psikologis

Tidak ditemukan masalah pada psikologis.

Masalah Keperawatan : Regimen terapi inefektif, Harga Diri Rendah Kronik dan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran

5. Pemeriksaan Fisik

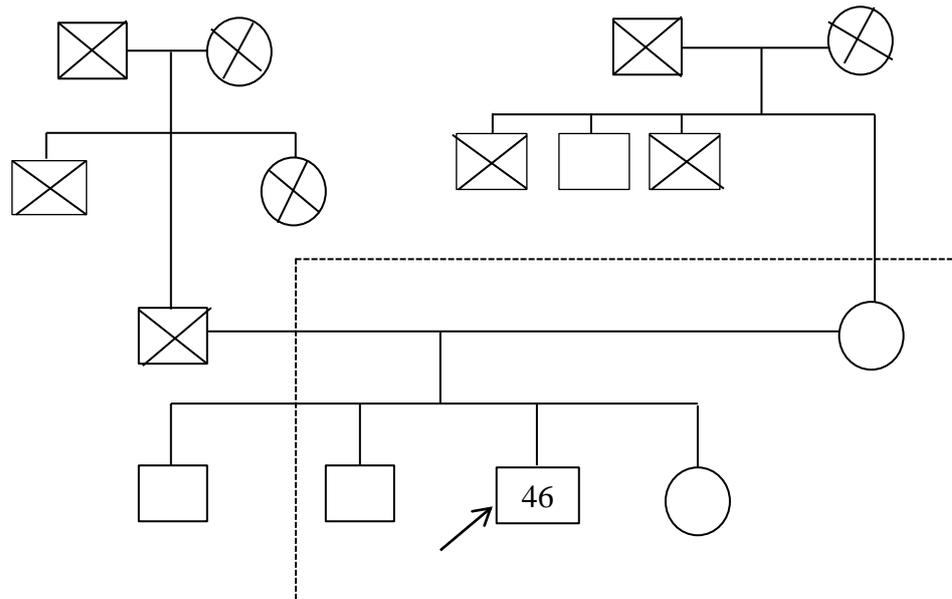
Hasil pemeriksaan fisik pada tanggal 02 Januari 2020 pukul 08.00 didapatkan Tekanan Darah 128/80 mmHg, Nadi 102x/menit, Suhu tubuh 36,7°C, Pernapasan 18x/menit, Tinggi badan 162 cm, Berat

Badan 81 Kg dan IMT 26,2 Kgm². Pasien mengatakan tidak ada keluhan fisik.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

6. Pskiososial

a. Genogram



Genogram 3.1

Keterangan:

□ : Laki-Laki

↗ : Pasien

○ : Perempuan

— : Garis pernikahan

⊗ : Meninggal

----- : Tinggal serumah

Catatan:

Pola asuh : Pasien mengatakan saat ayahnya belum meninggal semua anaknya harus mengikuti aturan yang dibuat oleh

ayahnya dan jika melanggar akan diberi hukuman pengurangan uang jajan.

Pola komunikasi : Pasien mengatakan komunikasi yang digunakan dalam keluarganya adalah satu arah, karena anggota keluarganya jarang berkumpul untuk diskusi menyelesaikan masalah, saat ayahnya masih ada yang mengambil keputusan adalah ayahnya tetapi sekarang yang mengambil keputusan adalah kakak ke 2 nya, dan pasien selalu menerima apapun keputusan yang diambil.

Masalah Keperawatan: Mekanisme Koping Keluarga Inefektif.

b. Konsep diri

1) Gambaran diri

Pasien mengatakan bagian tubuh yang paling pasien suka adalah mata, karena dapat melihat yang indah-indah. Bagian tubuh yang tidak disukai adalah dada karena dadanya tidak rata seperti pria lain.

2) Identitas

Pasien mengatakan dirinya sudah puas menjadi laki-laki dan tidak pernah menyesal.

3) Peran

Pasien mengatakan dirinya belum bekerja sedangkan usianya sudah dewasa.

4) Ideal diri

Pasien mengatakan seharusnya di usia segini sudah bekerja dan menikah serta memiliki anak, karena penyakitnya sekarang pasien belum menikah karena wanita tidak ada yang menerima kondisinya.

5) Harga diri

Pasien mengatakan dirinya malu karena belum bekerja dan menikah serta memiliki anak ini semua karena penyakitnya, pasien menganggap dirinya tidak berguna karena sering menyusahkan keluarganya.

Masalah keperawatan: Harga Diri Rendah Kronik

c. Hubungan sosial

1) Orang yang berarti

Pasien mengatakan orang yang berarti dalam hidupnya adalah ibunya karena ibunya selalu menerima apapun keadaan dirinya.

2) Peran serta dalam kegiatan kelompok atau masyarakat

Pasien mengatakan tidak mengikuti kegiatan kelompok ataupun masyarakat di lingkungan sekitar rumahnya karena malu dengan penyakit yang di deritanya.

3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan saat di Rumah Sakit kadang-kadang mau berinteraksi dengan orang lain sedangkan saat dirinya di rumah malas berinteraksi dengan yang lain karena malu takut ada yang mengagap gangguan jiwa.

Masalah Keperawatan: Harga Diri Rendah Kronik

d. Spritual

Pasien mengatakan yakin masih bisa sembuh karena akan minum obat dan tidak akan putus obat lagi. Agama pasien Islam dan kegiatan ibadahnya sholat wajib 5 waktu (subuh, dzuhur, asyar, magrib, magrib dan isya). Pasien tampak berdoa sebelum makan dan tidur.

7. Status Mental

a. Penampilan

Pasien tampak berpakaian rapih, rambut rapih , tampak bersih , tidak berbau badan, kuku tampak bersih dan tidak panjang.

b. Pembicaraan

Pasien berbicara jelas dan sedikit keras saat diajak interaksi, pasien tampak koopeartif dan kontak mata bertahan 5 detik & inkoheren dimana terkadang apa yang disampaikan pasien tidak berhubungan antar kalimatnya.

c. Aktivitas motorik

Pasien tampak berjalan mondar mandir (gelisah).

d. Alam perasaan

Pasien mengatakan perasaannya saat ini sedih karena ingin pulang dan rindu ibunya.

e. Afek

Afek datar, dimana tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulasi yang menyenangkan atau menyedihkan

f. Interaksi selama wawancara

Pasien selama interaksi kooperatif, kontak mata 5 detik, pasien tidak menunjukkan adanya sikap bermusuhan, tidak mudah tersinggung, tidak berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya atau defensif dan tidak menunjukkan perasaan tidak percaya atau curga selama wawancara.

g. Persepsi

Pasien mengatakan mendengar suara-suara, suara itu menyuruhnya untuk memukul kepalanya, suara itu muncul 2-3 kali dalam sehari

pada pagi, siang dan kadang malam, suara muncul selama 2 menit, suara nya muncul ketika pasien sedang sendirian, pasien tidak menyukai suara itu dan upaya yang dilakukan oleh pasien berjalan-jalan sampai suaranya hilang. Pasien tampak mondar-mandir (gelisah), komat-kamit, berbicara sendiri.

h. Proses pikir

Proses pikir sirkumsial dan pengulangan pembicaraan atau persevarasi, dimana pasien tampak berbicara berbelit-belit tetapi sampai pada tujuan dan kadang pembicaraan di ulang-ulang berkali-kali.

i. Isi pikir

Isi pikir pasien tidak tampak obsesi, fobia, hypokondria, depersonalisasi, ide yang terkait, pikiran magis dan tidak tampak tanda dan gejala waham.

j. Tingkat kesadaran

Pasien tampak masih mengetahui waktu (saat interaksi pasien mengatakan bahwa ini adalah siang hari), tempat (saat interaksi pasien mengatakan sekarang berada di rumah sakit) dan orang (saat interaksi pasien mengatakan bahwa yang sekarang berada di dekatnya adalah suster yang merawat nya).

k. Memori

Memori jangka pendek, pasien masih mengingat kejadian apa yang membuatnya di rawat di rumah sakit.

Memori jangka panjang, pasien masih mengingat kejadian saat usia 14 tahun pasien di *bully* oleh teman-teman sekolahnya.

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien mampu berkonsentrasi dan mampu berhitung sederhana seperti saat ditanyakan oleh perawat bapak punya ayam satu kemudian suster kasih kembali dua jadi berapa ayam nya dan pasien menjawab ayam yang pasien miliki ada tiga.

m. Kemampuan penilaian

Pasien mengatakan bahwa mengambil barang orang lain itu bukan perbuatan baik dan memberi kepada orang yang membutuhkan itu perbuatan baik.

Pasien dapat mengambil keputusan sendiri, seperti saat ditanya oleh perawat mau berbincang-bincang atau tidur dahulu dan klien menjawab berbincang-bincang dahulu tetapi hanya 15 menit.

n. Daya tilik diri

Pasien mengatakan saat ini mengalami gangguan jiwa dan suara yang di dengarnya itu halusinasi.

Masalah keperawatan: Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran, Resiko Perilaku Kekerasan, Harga Diri Rendah Kronik.

8. Kebutuhan Persiapan Pulang

a. Makan

Pasien dapat makan dengan mandiri, sebelum makan pasien cuci tangan dan bedoa dan setelah makan pasien merapihkan tempat makan dan cuci tangan.

b. BAB/BAK

Pasien dapat BAB/BAK mandiri dan pasien mengatakan jika BAB/BAK di kamar mandi dan sehabis BAK/BAB di siram dan cuci tangan.

c. Mandi

Pasien dapat mandi secara mandiri, pasien mengatakan buka pakaiannya di kamar mandi karena kalau diluar malu ada perawat, pasien mandi menggunakan sabun dan tidak lupa menggosok gigi.

d. Berpakaian atau berhias

Pasien tampak berpakaian mandiri, tidak menggunakan baju terbalik, rambut pasien tampak rapih, dan kuku tampak bersih.

e. Istirahat dan tidur

Pasien mengatakan siang tidur dari jam 12.00 sampai dengan 13.00 dan tidur malam dari jam 21.00 sampai dengan 05.00.

f. Penggunaan obat

Pasien hanya mengetahui obat yang di konsumsinya berwarna kuning.

g. Pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan dibawa ke rumah sakit karena mengamuk di rumah dan mendengar suara-suara.

h. Kegiatan didalam rumah

Pasien mengatakan kegiatan di rumahnya hanya membereskan tempat tidur dan terkadang mencuci pakaian.

i. Kegiatan diluar rumah

Pasien mengatakan tidak ada kegiatan diluar rumah dan klien tidak bekerja.

9. Mekanisme Koping

Mekanisme koping klien menarik diri, dimana pasien suka menghindar dan menyendiri dan jika mempunyai masalah selalu dipendam dan tidak menceritakannya kepada siapapun, dan lebih sering berdiam diri.

10. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Pasien mengatakan selalu didukung oleh keluarga untuk sembuh, pasien tidak pernah berinteraksi dengan siapapun dilingkungannya, pasien tidak bekerja, tidak ada masalah dengan orang rumahnya, tidak

mempunyai masalah ekonomi dan pasien tidak pernah mengobrol dengan orang yang ada dilingkungan rumahnya.

11. Pengetahuan

Pasien mengatakan masuk ke rumah sakit ini karena tidak meminum obat ± 1 minggu, mengamuk di rumah, merusak gapura lingkungan 2 x, mendengar suara-suara yang menyuruhnya membanting barang, pasien mengetahui suara yang di dengar adalah halusinasi.

Masalah Keperawatan : Regimen Terapi Inefektif

12. Aspek Medik

a. Diagnosa medik

F20.3 Skizofrenia tak terinci

b. Terapi medik

Trihexinpenidil 1 x 2mg

Clozapine 1 x 25mg

Risperidone 2 x 30 mg

Analisa Data

Tabel 3.1 : Analisa data

Nama/Umur : Tn. S / 46 Tahun

Ruang : Dukuh

No	Data Fokus	Masalah Keperawatan
1	DS: a. Pasien mengatakan mendengar suara-suara b. Pasien mengatakan suara itu menyuruhnya untuk memukul kepalanya	Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran

	<ul style="list-style-type: none"> c. Pasien mengatakan suaranya muncul 2-3 kali dalam sehari, pagi, siang dan kadang malam d. Pasien mengatakan suaranya muncul selama 2 menit e. Pasien mengatakan suara muncul saat dirinya sedang sendirian dan melamun f. Pasien mengatakan tidak menyukai suara itu g. Pasien mengatakan saat mendengar suara tersebut dirinya berjalan-jalan sampai suaranya hilang <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak mondar-mandir (gelisah) b. Pasien tampak komat-kamit c. Pasien tampak berbicara sendiri 	
2	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan usia 29 tahun pasien di bawa ke Rumah Sakit Cipto karena kurang lebih 2 tahun putus obat. b. Pasien mengatakan usia 37 tahun pasien dibawa ke Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit karena putus obat selama 4 tahun. c. Pasien mengatakan usia 43 tahun pasien dibawa ke Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit karena putus obat selama 5 tahun. d. Pasien mengatakan usia 45 tahun 	<p>Regimen Terapi</p> <p>Inefektif</p>

	<p>pasien dibawa ke Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit karena putus obat selama 1 tahun.</p> <p>e. Pasien mengatakan tanggal 1 Desember 2019 di bawa ke Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit karena selama 3 bulan tidak minum obat.</p> <p>f. Pasien mengatakan tanggal 1 Januari 2020 di bawa ke Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit karena selama 1 minggu tidak minum obat.</p> <p>DO:</p> <p>Obat terakhir yang diminum pasien trihexyphenidly 2x2mg, sovapel 2x10mg, clozapine 1x30mg (terdapat direkam medis).</p>	
3	<p>DS:</p> <p>a. Pasien mengatakan bagian tubuh yang tidak disukai adalah dada karena dadanya tidak rata seperti pria lain.</p> <p>b. Pasien mengatakan jika di rumah dirinya berperan sebagai anak yang membantu ibunya, tetapi seharusnya pasien sudah memiliki istri dan anak.</p> <p>c. Pasien mengatakan seharusnya di usia segini sudah bekerja , menikah dan memiliki anak, karena penyakitnya sekarang pasien belum menikah karena wanita tidak ada yang menerima kondisinya.</p> <p>d. Pasien mengatakan dirinya malu karena</p>	<p>Harga Diri Rendah Kronik</p>

	<p>belum bekerja, menikah serta memiliki anak ini semua karena penyakitnya, pasien menganggap dirinya tidak berguna karena sering menyusahkan keluarganya.</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien tampak duduk sendirian Pasien tak tampak mengobrol dengan yang lain Pasien tampak menunduk Kontak mata 5 detik Afek datar 	
4	<p>DS</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan sudah merusak gapura dilingkungan rumah sebanyak 2 kali. Pasien mengatakan di rumah sempat mengamuk dan membanting barang-barang <p>DO</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien tampak berbicara dengan nada sedikit keras saat berinteraksi 	<p>Resiko Perilaku Kekerasan</p>
5.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan komunikasi yang digunakan dalam keluarganya adalah satu arah, karena anggota keluarganya jarang berkumpul untuk diskusi menyelesaikan masalah Pasien mengatakan saat ayahnya masih ada yang mengambil keputusan adalah 	<p>Mekanisme Koping Keluarga Inefektif</p>

	<p>ayahnya tetapi sekarang yang mengambil keputusan adalah kakak ke 2 nya, dan pasien selalu menerima apapun keputusan yang diambil.</p> <p>c. Pasien mengatakan saat ayahnya belum meninggal semua anaknya harus mengikuti aturan yang dibuat oleh ayahnya dan jika melanggar akan diberi hukuman pengurangan uang jajan.</p>	
--	--	--

Pohon Masalah

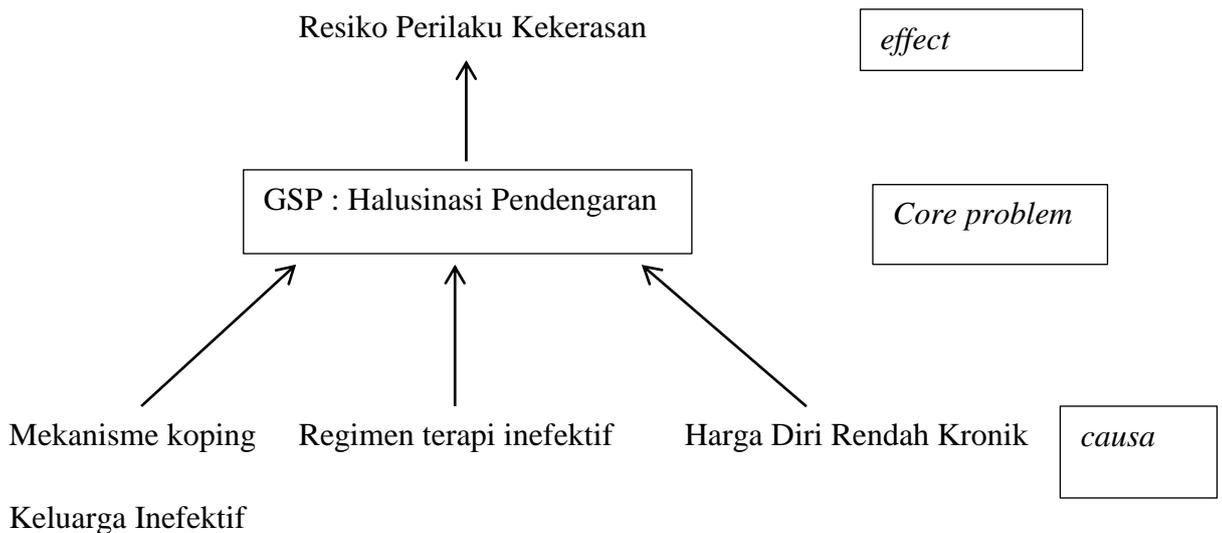


Diagram 3.2 Pohon Masalah Tn.S

B. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran
2. Regimen Terapi Tidak Efektif
3. Harga Diri Rendah Kronik
4. Resiko Perilaku Kekerasan
5. Mekanisme Koping Keluarga Inefektif

C. Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan untuk pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran

Tujuan umum: pasien tidak mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

Tujuan khusus:

1) TUK 1 : Membina hubungan saling percaya

Kriteria hasil : setelah dilakukan 1x berinteraksi pasien menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi klien.

Tindakan keperawatan:

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

- (1) Sapa pasien dengan ramah baik verbal ataupun non verbal
- (2) Perkenalkan diri dengan sopan
- (3) Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai pasien
- (4) Jelaskan tujuan pertemuan
- (5) Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya
- (6) Beri perhatian kepada pasien dan perhatikan kebutuhan dasar pasien

2) TUK 2 : Pasien dapat mengenal halusinasinya

Kriteria hasil: setelah dilakukan 2x berinteraksi pasien dapat menyebutkan waktu, isi, dan frekuensi timbul halusinasi

Tindakan keperawatan:

- a) Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap
- b) Observasi tingkah laku pasien yang terkait dengan halusinasinya: bicara dan tertawa tanpa stimulus dan memandang ke kiri/kanan/ke depan seolah-olah ada teman bicara

- c) Bantu pasien mengenal halusinasinya dengan cara:
- (1) Jika menemukan pasien sedang berhalusinasi: tanyakan apakah ada suara yang didengarnya
 - (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 atau menghakimi)
 - (3) Katakan bahwa pasien lain juga ada yang seperti pasien
 - (4) Katakan bahwa perawat akan membantu klien

Kriteria hasil: setelah 2x berinteraksi pasien dapat mengungkapkan bagaimana perasaannya terhadap halusinasi tersebut

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

3) TUK 3 : Pasien dapat mengontrol halusinasi

Kriteria hasil: setelah 2 x berinteraksi pasien dapat menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya

- a) Bersama pasien identifikasi tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukan diri, dll)
- b) Diskusikan manfaat dan cara yang digunakan pasien. Jika bermanfaat beri pujian kepada pasien.

Kriteria hasil: setelah 2x berinteraksi pasien dapat menyebutkan cara baru mengontrol halusinasi

- a) Diskusikan dengan pasien tentang cara baru mengontrol halusinasinya:

- (1) Menghardik/mengusir/tidak memedulikan halusinasinya
- (2) Bercakap-cakap dengan orang lain jika halusinasinya muncul
- (3) Melakukan kegiatan sehari-hari

Kriteria hasil: pasien dapat mendemonstrasikan cara menghardik/mengusir/ tidak memedulikan halusinasinya

- a) Beri contoh cara menghardik halusinasi: “pergi! Saya tidak mau dengar kamu, saya mau mencuci piring/ bercakap-cakap dengan suster”
- b) Beri pujian atas keberhasilan klien
- c) Minta pasien mengikuti contoh yang diberikan dan minta klien mengulangnya
- d) Susun jadwal latihan pasien dan minta pasien untuk mengisi jadwal kegiatan (self-evaluation)

Kriteria hasil: setelah 2x berinteraksi pasien dapat mengikuti aktivitas kelompok

- a) Anjurkan pasien untuk mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi realita, stimulasi persepsi

Kriteria hasil: setelah 2 x berinteraksi pasien dapat mendemonstrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah halusinasi

- a) Pasien dapat menyebutkan jenis, dosis, dan 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)
- 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 meminum obat pada waktu yang tepat
- d) Anjurkan pasien untuk bicara dengan dokter mengenai manfaat dan efek samping obat yang dirasakan

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

Kriteria hasil: Setelah 2 x berinteraksi keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda, dan tindakan untuk mengendalikan halusinasi

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

(1) Gejala halusinasi yang dialami pasien

(2) Cara yang dapat dilakukan pasien dan keluarga untuk memutuskan halusinasi

(3) Cara merawat anggota keluarga dengan gangguan halusinasi di rumah beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, berpergian bersama, jika pasien sedang sendiri di rumah, lakukan kontak dengan telepon

(4) Beri informasi tentang tindak lanjut (*follow up*) atau kapan perlu mendapat bantuan : halusinasi tidak terkontrol dan risiko mencederai orang lain

Kriteria hasil: setelah 2x berinteraksi keluarga dapat menyebutkan jenis, dosis, waktu pemberian, manfaat, serta efek samping obat

a) Diskusikan dengan keluarga tentang jenis, dosis, waktu pemberian, manfaat, serta efek samping obat

b) Anjurkan kepada keluarga berdiskusi dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat

Berdasarkan tujuan khusus diatas, penulis meringkas dalam bentuk strategi pelaksanaan.

1. Strategi Pelaksanaan 1 : Menghardik

Setelah dilakukan 2x pertemuan, pasien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik secara mandiri

a. Bina hubungan saling percaya

b. Mengenal halusinasi

- c. Identifikasi isi, frekuensi, waktu, situasi, perasaan, respon, serta upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengontrol halusinasi
- d. Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik
- e. Berikan kesempatan pasien untuk melakukan cara menghardik
- f. Berikan pujian atas setiap kemampuan
- g. Masukkan kedalam jadwal kegiatan

2. Strategi Pelaksanaan 2 : minum obat

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

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

3. Startegi Pelaksanaan 3 : Bercakap-cakap

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

- a. Evaluasi kemampuan pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan minum obat
- b. Berikan pujian atas setiap kemampuan
- c. Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap
- d. Berikan kesempatan pasien untuk mempraktekan cara bercakap-cakap
- e. Berikan pujian atas setiap kemampuan
- f. Masukkan kedalam jadwal kegiatan

4. Strategi Pelaksanaan 4 : Melakukan aktivitas Kegiatan

Setelah dilakukan 2x pertemuan, pasien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas kegiatan

- a. Evaluasi kemampuan pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan minum obat dan bercakap-cakap
- b. Diskusikan aktivitas yang biasa dilakukan pasien
- c. Latih pasien untuk melakukan aktivitas
- d. Berikan kesempatan pasien untuk mempraktekan aktivitas yang dipilihnya
- e. Berikan pujian atas setiap kemampuan
- f. Masukkan kedalam jadwal kegiatan

5) Terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi : Halusinasi terdapat 5 sesi, meliputi:

Sesi 1: mengenal halusinasi . Tujuan nya yaitu klien dapat mengenal isi halusinasi, klien mengenal waktu terjadinya halusinasi, klien mengenal situasi terjadinya halusinasi dan klien mengenal perasaannya pada saat terjadi halusinasi.

Sesi 2 : mengontrol halusinasi dengan menghardik. Tujuan nya yaitu klien dapat menjelaskan cara yang selama ini dilakukuan untuk mengatasi halusinasi, klien dapat memahami cara menghardik halusinasi dan klien dapat memperagakan cara menghardik halusinasi.

Sesi 3 : mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan. Tujuan nya yaitu klien dapat memahami pentingnya melakukan kegiatan untuk mencegah munculnya halusinasi dan klien dapat menyusun jadwal kegiatan untuk mencegah terjadinya halusinasi.

Sesi 4 : mencegah halusinasi dengan bercakap-cakap. Tujuan nya yaitu klien memahami pentingnya bercakap-cakap dengan orang lain untuk mencegah halusinasi dan klien dapat bercakap-cakap dengan orang lain untuk mencegah halusinasi.

Sesi 5 : mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat. Tujuannya yaitu klien memahami pentingnya patuh minum obat, klien memahami akibat tidak patuh obat dan klien dapat menyebutkan lima benar cara minum obat.

D. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Diagnosa keperawatan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran

Jumat, 3 Januari 2020 , Pukul 10.00 WIB

SP 1 Halusinasi : Menghardik

DS: pasien mengatakan mendengar suara-suara, suara itu menyuruhnya untuk memukul kepalanya, suara itu muncul 2-3 kali dalam sehari pada pagi, siang dan malam hari, suara muncul selama 2 menit, suaranya muncul ketika pasien sedang sendirian, pasien tidak menyukai suara itu dan upaya yang dilakukan oleh pasien berjalan-jalan sampai suaranya hilang.

DO: pasien tampak mondar-mandir, cemas, komat-kamit, berbicara sendiri, kontak mata 5 detik.

Implementasi keperawatan

Melakukan SP 1 Halusinasi : Menghardik

1. Membina hubungan saling percaya

Respon: pasien menunjukkan sikap terbuka pada perawat, mau duduk berdampingan dengan perawat dan senang di panggil bapak.

2. Mengenal halusinasi

Respon: gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran di tahap *condeming*.

3. Mengidentifikasi halusinasi (jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus dan respon)

Respon: pasien mengatakan mendengar suara-suara, suara itu menyuruhnya untuk memukul kepalanya, suara itu muncul 2-3 kali

dalam sehari pada pagi,siang dan malam hari, suara muncul selama 2 menit, suara nya muncul ketika pasien sedang sendirian, pasien tidak menyukai suara itu dan upaya yang dilakukan oleh pasien berjalan-jalan sampai suaranya hilang.

4. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
Respon: perawat menjelaskan dan mendemonstrasikan cara menghardik .
5. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
Respon: pasien dapat melakukan cara menghardik.
6. Memberikan pujian setiap kemampuan pasien
Respon: pasien tampak termotivasi
7. Masukan kedalam jadwal kegiatan harian
Respon: pasien menghardik sebanyak 2-3 kali dalam sehari (setiap halusinasinya muncul)

Rencana tindak lanjut:

1. Melatih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
2. Melatih mengontrol halusinasi dengan cara minum obat 5 benar
3. Melatih mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap
4. Melatih mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan

Evaluasi keperawatan:

Subjektif :

Pasien mengatakan mendengar suara-suara, suara itu menyuruhnya untuk memukul kepalanya, suara itu muncul 2-3 kali dalam sehari pada pagi,siang dan kadang malam, suara muncul selama 2 menit, suara nya muncul ketika pasien sedang sendirian,klien tidak menyukai suara itu, upaya yang dilakukan oleh pasien menghardik bila mendengar suara halusinasinya, saat berinteraksi dengan perawat klien tidak mendengar suara halusiansinya.

Objektif :

Pasien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, kontak mata 5 detik, saat berinteraksi tampak kooperatif.

Analisa :

Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran (kemampuan pasien bertambah yaitu dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik)

Planning :

Pasien : melatih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 2-3 x/hari

Perawat: Evaluasi mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, lanjutkan dengan mengontrol halusinasi dengan cara minum obat 5 benar, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan.

Diagnosa keperawatan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran

Jumat, 3 Januari 2020 , Pukul 19.00 WIB

SP 2 pertemuan 1 Halusinasi : Meminum obat

DS: pasien mengatakan mendengar suara-suara, suara itu menyuruhnya untuk memukul kepalanya, suara itu muncul 2-3 kali dalam sehari pada pagi,siang dan kadang malam, suara muncul selama 2 menit, suara nya muncul ketika pasien sedang sendirian, pasien tidak menyukai suara itu, upaya yang dilakukan oleh pasien menghardik bila mendengar suara halusinasinya, saat berinteraksi dengan perawat pasien tidak mendengar suara halusiansinya.

DO: pasien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, kontak mata 5 detik, saat berinteraksi tampak kooperatif.

Implementasi keperawatan

Melakukan SP 2 pertemuan 1 Halusinasi Pendengaran : Minum obat 5 benar

1. Mengevaluasi cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
Respon: pasien tampak menghardik
2. Berikan pujian atas setiap kemampuan
Respon: pasien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik
3. Menjelaskan cara minum obat teratur dengan prinsip 5 benar (benar orang, benar obat, benar dosis, benar waktu, dan benar cara pemberian)
Respon: benar orang Tn.S, benar obat *risperidone*, *THP*, *clozapine*, benar dosis *risperidone* 30 mg , *THP* 2 mg, *clozapine* 25 mg, benar waktu *risperidone* di minum 2 kali dalam sehari pukul 06.00 WIB dan 18.00 WIB , *trihexipenidyl* di minum satu kali dalam sehari pukul 18.00 WIB dan *clozapine* di minum satu kali sehari pukul 06.00 pasien. Benar cara pemberian, obat ini cara minumnya di masukan ke mulut ya dengan minum air putih
4. Melatih cara minum obat teratur dengan prinsip 5 benar
Respon : pasien mengatakan susah menghafal 5 benar sebelum minum obat.
5. Memberikan pujian di setiap kemampuan pasien
Respon : klien tampak termotivasi.
6. Memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian
Respon : *risperidone* di minum 2 kali dalam sehari pukul 06.00 WIB dan 18.00 WIB , *trihexipenidyl* di minum satu kali dalam sehari pukul 18.00 WIB dan *clozapine* di minum satu kali sehari pukul 06.00 WIB.

Rencana tindak lanjut:

1. Melatih mengontrol halusinasi dengan cara minum obat 5 benar
2. Melatih mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap
3. Melatih mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan

Evaluasi keperawatan:**Subjektif :**

Pasien mengatakan mendengar suara-suara, suara itu menyuruhnya untuk memukul kepalanya, suara itu muncul 1 kali tadi pada siang hari, suara muncul selama 1 menit, suara nya muncul ketika pasien sedang sendirian, pasien tidak menyukai suara itu dan upaya yang dilakukan oleh pasien menghardik, saat berinteraksi dengan perawat pasien tidak mendengar suara halusiansinya.

Objektif :

Pasien dapat menghardik, pasien tampak belum hafal tentang 5 benar sebelum minum obat kontak mata 5 detik, saat berinteraksi pasien kurang kooperatif karena kesusahan menghafal 5 benar sebelum minum obat.

Analisa :

Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran (pasien tampak belum hafal tentang cara 5 benar sebelum minum obat)

Planning :

Pasien : anjurkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik (setiap halusinasinya muncul).

Perawat: Evaluasi mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, lanjutkan dengan mengontrol halusinasi dengan cara minum obat 5 benar, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan.

Diagnosa keperawatan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran

Sabtu, 4 Januari 2020, Pukul 11.00 WIB

SP 2 Halusinasi: Meminum obat pertemuan 2

DS: pasien mengatakan mendengar suara-suara, suara itu menyuruhnya untuk memukul kepalanya, suara itu muncul 1 kali tadi pada siang hari,

suara muncul selama 1 menit, suara nya muncul ketika pasien sedang sendirian, pasien tidak menyukai suara itu dan upaya yang dilakukan oleh pasien menghardik, saat berinteraksi dengan perawat pasien tidak mendengar suara halusiansinya.

DO: pasien dapat menghardik, pasien tampak belum hafal tentang 5 benar sebelum minum obat kontak mata 5 detik, saat berinteraksi pasien kurang kooperatif karena kesusahan menghafal 5 benar sebelum minum obat.

Implementasi keperawatan

Melakukan SP 2 Pertemuan 2 Halusinasi pendengaran: Minum obat 5 benar

1. Mengevaluasi cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
Respon: pasien tampak menghardik
2. Berikan pujian atas setiap kemampuan
Respon: pasien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik
3. Menjelaskan cara minum obat teratur dengan prinsip 5 benar (benar orang, benar obat, benar dosis, benar waktu, dan benar cara pemberian)
Respon : benar orang Tn.S, benar obat *risperidone*, *THP*, *clozapine* , benar dosis *risperidone* 30 mg , *THP* 2 mg, *clozapine* 25 mg, benar waktu *risperidone* di minum 2 kali dalam sehari pukul 06.00 WIB dan 18.00 WIB , *trihexipenidyl* di minum satu kali dalam sehari pukul 18.00 WIB dan *clozapine* di minum satu kali sehari pukul 06.00 WIB. Benar cara pemberian, obat ini cara minumnya di masukan ke mulut dengan minum air putih
4. Melatih cara minum obat teratur dengan prinsip 5 benar
Respon: pasien dapat menyebutkan 5 benar obat
5. Memberikan pujian di setiap kemampuan klien
Respon: pasien tampak termotivasi
6. Memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian

Respon : *risperidone* di minum 2 kali dalam sehari pukul 06.00 dan 18.00 , *trihexipenidyl* di minum satu kali dalam sehari pukul 18.00 dan *clozapine* di minum satu kali sehari pukul 06.00.

Rencana tindak lanjut:

1. Melatih mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap
2. Melatih mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan

Evaluasi keperawatan:

Subjektif :

Pasien mengatakan mendengar suara-suara, suara itu menyuruhnya untuk memukul temannya, suara itu muncul 1 kali tadi pada malam hari, suara muncul selama 2 menit, suara nya muncul ketika pasien sedang sendirian, pasien tidak menyukai suara itu dan upaya yang dilakukan oleh pasien menghardik, pasien mengetahui 5 benar obat (benar orang, benar obat, benar dosis, benar waktu, dan benar cara pemberian), dan saat berinteraksi dengan perawat pasien tidak mendengar suara halusiansinya.

Objektif :

Pasien dapat menghardik, kontak mata 5 detik, pasien dapat menyebutkan 5 benar sebelum minum obat dan saat berinteraksi tampak kooperatif.

Analisa :

Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran (pasien tampak hafal tentang cara 5 benar sebelum minum obat)

Planning :

Pasien : anjurkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik setiap halusinasinya muncul dan meminum obat prinsip 5

benar (*risperidone* di minum 2 kali dalam sehari pukul 06.00 WIB dan 18.00 WIB , *trihexipenidyl* di minum satu kali dalam sehari pukul 18.00 WIB dan *clozapine* di minum satu kali sehari pukul 06.00 WIB).

Pasien pindah ke ruang belimbing

Perawat : hentikan intervensi , pasien dipindahkan ke ruang belimbing lanjutkan TAK stimulasi persepsi tanggal 9 Januari 2020.

Jumat, 9 Januari 2020, Pukul 15.00 WIB

TAK Stimulasi persepsi: halusinasi

Sesi 1: mengenal halusinasi , tujuannya:

1. Pasien dapat mengenal isi halusinasi

Respon: Pasien mengatakan mendengar suara-suara yang menyuruhnya melakukan hal yang berbahaya seperti memukul kepalanya, halusinasinya adalah halusinasi pendengaran

2. Mengetahui waktu terjadinya halusinasi

Respon: pasien mengatakan halusinasinya sekarang muncul kadang-kadang saja tidak tiap hari terkadang malam atau pagi.

3. Situasi terjadinya halusinasi

Respon:pasien mengatakan halusinasinya muncul ketika dirinya sendirian dan melamun.

4. Perasaannya saat terjadi halusinasi

Respon: pasien mengatakan kesal mendengar halusinasinya.

Rencana tindak lanjut:

1. TAK sesi 2 : mengontrol halusinasi dengan menghardik
2. TAK sesi 3 : mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan
3. TAK sesi 4: mencegah halusinasi dengan bercakap-cakap
4. TAK sesi 5: mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat.

Evaluasi keperawatan:

Subjektif : pasien mengatakan pasien mengatakan mendengar suara-suara yang menyuruhnya melakukan hal yang berbahaya seperti memukul

kepalanya halusinasinya adalah halusinasi pendengaran, halusinasinya sekarang muncul kadang-kadang saja terkadang malam dan pagi, pasien mengatakan halusinasinya muncul ketika dirinya sendirian dan melamun, pasien mengatakan kesal mendengar halusinasinya.

Objektif: pasien mampu mengikuti kegiatan TAK sesi 1 dengan kooperatif, pasien mampu mengenal halusinasi, waktu terjadinya halusinasi, situasi terjadinya halusinasi, dan perasaan saat terjadinya halusinasi.

Analisa: Gangguan sensori persepsi: Halusinasi pendengaran

Planning:

Pasien: lanjutkan TAK stimulasi persepsi sesi 2 dipertemuan selanjutnya.

Perawat: operan dengan perawat ruangan untuk melanjutkan sesi berikutnya.

BAB IV

PEMBAHASAN

Bab ini akan menjelaskan kesenjangan antara teori dengan kasus yang telah ditemukan pada bab sebelumnya yang terdiri atas konsep medik, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, penatalaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

A. Konsep Medik

Pada kasus terdiagnosis skizofrenia F20.3 atau skizofrenia tak terinci. Skizofrenia tak terinci adalah mengkategorikan pasien yang masuk dalam kriteria skizofrenia namun tidak dapat diklasifikasikan pada subtipe paranoid, hebefrenik ataupun katatonik. Pasien biasanya memperlihatkan gejala lebih dari satu subtipe tanpa gambaran predominasi yang jelas untuk suatu kelompok diagnosis yang khas (Yudhantara, 2018). Hal ini dibuktikan dengan tanda dan gejala yang dialami pada kasus seperti saat berinteraksi inkoheren dimana terkadang apa yang disampaikan pasien tidak berhubungan antar kalimatnya, berbicara sedikit keras, pasien tampak menyendiri, komat-kamit, gelisah mondar-mandir, mendengar suara-suara, dan proses pikir sirkumsial dan perseverasi.

Skizofrenia dapat ditandai dengan adanya gejala positif dan negatif. Gejala positif berupa halusinasi, waham, gangguan pikir, dan perilaku aneh. Gejala positif yang ditemukan pada kasus yaitu, pembicaraan inkoheren, proses pikir sirkumsial, dan halusinasi . Halusinasi merupakan gangguan atau perubahan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu penerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar. Suatu penghayatan yang dialami suatu persepsi melalui panca indra tanpa stimulus ekteren: persepsi palsu (Prabowo, 2014). Pada kasus ditemukan gejala negatif yang ditemukan pada pasien yaitu, afek datar.

Secara teori penatalaksanaan medis pada skizofrenia adalah dengan menggunakan obat-obatan antipsikotik. Pada penatalaksanaan farmakologi secara teori adalah antipsikotik atipikal dan antipsikotik tipikal (Stuart, 2016). Pada kasus diberikan farmakologi berupa *clozapine* 1 x 25mg, obat tersebut merupakan obat antipsikotik atipikal dengan cara kerja sebagai menghambat dopamin 2 (D2) dan serotonin 2 (5-HT2), obat tersebut dapat memperbaiki gejala positif dan negatif skizofrenia. *Risperidone* 2 x 30 mg, obat tersebut merupakan obat antipsikotik atipikal dengan cara kerja sebagai menghambat dopamin 2 (D2) dan serotonin 2 (5-HT2), obat tersebut dapat memperbaiki gejala positif dan negatif skizofrenia. *Trihexynphenidly* 1 x 2mg, obat ini diindikasikan untuk menangani efek samping ekstrapiramidal dari obat antipsikotik. Hal ini sudah sesuai dengan konsep yang dituliskan menurut teori.

Hal ini yang menjadikan alasan penulis untuk menyampaikan konsep medis, karena salah satu dari peran perawat yaitu kolaborator seperti penatalaksanaan farmakologi melalui kerjasama dengan tenaga medis lain dalam melakukan asuhan pada pasien dengan skizofrenia.

B. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Faktor predisposisi menurut yang berkaitan dengan kasus adalah faktor biologis dimana pasien pernah menderita gangguan jiwa sebelumnya, dan putus obat. Gangguan jiwa sebelumnya menjadi faktor biologis, karena ketika seseorang sudah pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya, walaupun sudah dinyatakan sembuh dan dapat kembali ke masyarakat, namun stigma negatif yang ada di masyarakat telah membuat seseorang ditolak atau tidak diperlakukan baik di masyarakat. Penyebab *relaps* adalah ketidakpatuhan pengobatan, orang dengan gangguan jiwa kebanyakan harus minum obat seumur hidupnya, hal ini yang menyebabkan pasien merasa bosan minum obat dan akan menghentikan

minum obat, selain merasa bosan pasien yang mempunyai pengetahuan kurang juga akan menghentikan minum obat karena merasa sudah sembuh atau gejala tidak muncul, dan akan memicu kekambuhan gangguan jiwa atau munculnya gangguan jiwa kembali (Fajar, 2016).

Faktor psikologis dimana pada pasien pernah mengalami perundungan dan kehilangan orang yang berarti . Hasil penelitian menyebutkan bahwa faktor prediposisi penyebab gangguan jiwa yaitu, faktor psikologis seperti pengalaman tidak menyenangkan seperti perundungan memicu seseorang mengalami gangguan jiwa, pasien yang mempunyai mekanisme koping maladaptif akan mudah membuat seseorang mengalami gangguan jiwa. Salah satu faktor predisposisi penyebab gangguan jiwa adalah kehilangan orang yang berarti, kehilangan orang yang berarti merupakan pengalaman traumatik, apabila seseorang tidak mampu beradaptasi dengan pengalaman traumatiknya, maka akan timbul keluhan-keluhan dalam aspek kejiwaan berupa gangguan jiwa (Fajar, 2016).

Faktor sosial kultural yaitu pengangguran. Faktor sosial kultural merupakan salah satu penyebab gangguan jiwa, diantaranya adalah kegagalan dalam bekerja, tidak bekerja bisa membuat seseorang kehilangan penghasilan juga bisa membuat seseorang kehilangan kesempatan untuk menunjukkan aktualisasi dirinya, dan hal ini yang dapat membuat seseorang tidak melakukan suatu kegiatan sehingga akan sangat memungkinkan mengalami harga diri rendah yang akan berdampak pada gangguan jiwa (Fajar, 2016).

Faktor presipitasi yang berkaitan dengan kasus adalah putus obat dan pengalaman tidak menyenangkan .Obat terakhir yang diminum pasien *trihexyphenidly 2x2mg, sovapel 2x10mg, clozapine 1x30mg*, obat *sovapel* dan *clozapine* memiliki efek samping seperti distonia (spasme otot, gejala pseudoparkinson), akatesia (kegelisahan motorik), akinesia (kelemahan, hambata pergerakan), dan efek samping *trihexyphenidly* meliputi mulut

kering, konstipasi, dan pengelihan buram (O'Brien, 2013). Penyebab relaps adalah ketidakpatuhan pengobatan, orang dengan gangguan jiwa kebanyakan harus minum obat seumur hidupnya, hal ini yang menyebabkan pasien merasa bosan minum obat dan akan menghentikan minum obat, selain merasa bosan pasien yang mempunyai pengetahuan kurang juga akan menghentikan minum obat karena merasa sudah sembuh atau gejala tidak muncul, dan akan memicu kekambuhan gangguan jiwa atau munculnya gangguan jiwa kembali. Pengalaman yang tidak menyenangkan yang dialami oleh pasien akan memicu pasien mengalami gangguan jiwa, pasien yang mempunyai mekanisme koping maladaptif akan membuat pasien mudah mengalami gangguan jiwa (Fajar, 2016).

Faktor predisposisi dan presipitasi sudah sesuai dengan teori. Faktor predisposisi diantaranya faktor biologis, sosial kultural, dan psikologis. Faktor presipitasi diantaranya biologis, psikologis, dan sosial.

Tanda dan gejala pada pasien dengan halusinasi saat dikaji penulis pasien mengatakan mendengar suara-suara, suara itu menyuruhnya untuk memukul kepalanya, suara itu muncul 2-3 kali dalam sehari pada pagi, siang dan kadang malam, suara muncul selama 2 menit, suaranya muncul ketika pasien sedang sendirian, pasien tidak menyukai suara itu dan upaya yang dilakukan oleh pasien berjalan-jalan sampai suaranya hilang. Pasien tampak mondar-mandir (gelisah), komat-kamit, berbicara sendiri. Pada terori pasien yang mengalami halusinasi akan menunjukan tanda dan gejala seperti mendengar suara-suara atau kegaduhan, suara yang mengajak bercakap-cakap, suara yang menyuruh untuk melakukan sesuatu yang berbahaya, merasa takut atau senang dengan halusinasinya, tampak berbicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, mengarahkan telinga ke arah tertentu, menutup telinga, dan ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas (Nurhalimah, 2018).

Mekanisme koping menurut Stuart (2016), menyatakan bahwa mekanisme koping yang digunakan yaitu regresi, proyeksi, menarik diri, dan pengingkaran. Pada kasus, mekanisme koping yang digunakan adalah menarik diri. Menarik diri menurut Muhit (2015), sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal pada Tn.S didapatkan data cenderung diam dan tidak mau berinteraksi dengan temannya dan bila pasien ada masalah cenderung diam dan tak bercerita dengan siapapun.

Faktor pendukung selama penulis melakukan pengkajian antara lain pasien kooperatif, mau menjawab pertanyaan yang di tanyakan oleh perawat serta adanya kerjasama perawat ruangan dalam memberikan informasi terkait pasien. Faktor penghambat selama penulis melakukan pengkajian adalah tidak adanya kerjasama dari pihak keluarga pasien, karena keluarga tidak pernah mengunjungi pasien, serta keterbatasan kemampuan penulis dalam berinteraksi karena hal ini merupakan pengalaman yang pertama kali untuk melakukan pengkajian secara langsung dengan pasien gangguan jiwa. Untuk mengatasi hal tersebut penulis diharapkan lebih mempelajari teori tentang gangguan jiwa serta melakukan lebih kontak lebih sering dengan pasien untuk mendapatkan data yang valid.

2. Diagnosa Keperawatan

Tahapan pada diagnosa keperawatan adalah melakukan analisa data, dimana penulis mengelompokan data sehingga didapatkan masalah keperawatan, selanjutnya penulis akan membuat pohon masalah berdasarkan masalah yang ditemukan. Setelah membuat pohon masalah kemudian penulis menentukan prioritas masalah. Prioritas masalah yang ditentukan penulis pada kasus adalah gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran karena, keluhan utama pada pasien yaitu halusinasi.

Yosep (2014), menjelaskan bahwa ditemukan masalah keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi, yaitu: halusinasi

sebagai *core problem*, harga diri rendah dan isolasi sosial sebagai *causa*, dan resiko perilaku kekerasan sebagai *effect*. Pada kasus di dapatkan diagnosa keperawatan yaitu gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran sebagai *core problem*, harga diri rendah dan regimen terapi inefektif sebagai *causa*, dan resiko perilaku kekerasan sebagai *effect*. Terdapat tambahan pada *causa* yaitu regimen terapi inefektif, dikarenakan pasien putus obat dan menurut hasil penelitian faktor penyebab gangguan jiwa yaitu, faktor biologis seperti putus obat sebanyak 69,6% (Fajar, 2016).

Faktor pendukung selama penulis menentukan diagnosa yaitu ketersediaan buku sumber yang terkait dengan asuhan keperawatan pasien dengan halusinasi dan ditemukan data yang didapatkan sesuai dengan diagnosa yang terdapat pada teori. Faktor penghambat selama penulis menentukan diagnosa yang didapat dari *causa*, *core problem*, dan *effect*, hal tersebut dikarenakan kurang validnya data pada pengkajian awal yang cenderung singkat dan keterampilan komunikasi penulis yang belum terlatih berkomunikasi dengan pasien gangguan jiwa.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan disusun setelah menyusun diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas masalah. Rumusan tujuan keperawatan harus SMART, yaitu *specific* (rumusan masalah harus jelas), *measurable* (dapat diukur), *achievable* (dapat dicapai, ditetapkan berasama pasien), *reasonable* (dapat tercapai dan nyata), dan *time* (harus ada target waktu) (Kodim, 2015).

Pada kasus perawat sudah menggunakan kriteria hasil SMART, yaitu *specific*, dalam penyusunan perencanaan tindakan keperawatan dibuat tujuan khusus dimana setiap tujuan terdapat intervensi dimana akan dicapai 1 kemampuan dalam mengontrol halusinasi. *Measurable*, yaitu perawat dapat mengukur perkembangan pasien berdasarkan hasil evaluasi, seperti mengevaluasi SP 1 yaitu pasien mampu melakukan cara

mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. *Achievable* yaitu dalam setiap SP dilakukan dengan mempertimbangkan kondisi, sikap, dan pengetahuan pasien, sehingga keberhasilan dan target yang ingin dicapai disesuaikan dengan kemampuan pasien, seperti SP 1 menghardik karena pasien halusinasinya berada di tahap *condeming*. *Reasonable* yaitu setiap tindakan keperawatan yang dilakukan ada rasional tindakan keperawatan tersebut dilakukan, seperti SP 1 menghardik yaitu upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul dilatih untuk mengatakan tidak memperdulikan halusinasinya dan mampu mengontrol halusinasinya dan mengalihkan suara yang muncul. *Time* yaitu dalam setiap perencanaan perawat mencantumkan waktu spesifik untuk setiap kriteria kemampuan yang ingin dicapai dan ada batasan waktu untuk mencapai tujuan, seperti di SP 1 direncanakan akan dilakukan sebanyak 2 kali berinteraksi dengan durasi 15-30 menit setiap pertemuan, SP 2 direncanakan akan dilakukan sebanyak 2 kali berinteraksi dengan durasi 15-30 menit setiap pertemuan, SP 3 direncanakan akan dilakukan sebanyak 2 kali berinteraksi dengan durasi 15-30 menit setiap pertemuan, SP 4 direncanakan akan dilakukan sebanyak 2 kali berinteraksi dengan durasi 15-30 menit setiap pertemuan, dan TAK direncanakan akan dilakukan sebanyak 5 sesi dengan durasi 30-45 menit setiap sesi.

Perencanaan keperawatan dirumuskan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran yaitu meliputi kegiatan individu meliputi 4 tujuan khusus (TUK) (Sutejo, 2018). Pelaksanaan 4 TUK untuk pasien gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran dirangkum dalam strategi pelaksanaan (SP) yaitu SP 1 sampai SP 4 dan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik yang telah direncanakan dengan tepat. SP 1 direncanakan dilakukan sebanyak 2 kali pertemuan dikarenakan pasien tampak afek datar saat diajak komunikasi, SP 2 direncanakan dilakukan 2 kali pertemuan dikarenakan pasien tidak tahu nama obat yang dikonsumsi dan hanya tau warna satu obat saja. SP 3 direncanakan dilakukan 2 kali pertemuan karena pasien tampak diam dan

tidak berinteraksi dengan siapapun. SP 4 direncanakan dilakukan 2 kali pertemuan dikarenakan pasien sulit menerima informasi baru. TAK stimulasi persepsi: halusinasi direncanakan dilakukan 5 sesi

Faktor pendukung selama penulis merumuskan rencana tindakan pada pasien dengan halusinasi adalah tersedianya berbagai sumber yang mendukung dalam penyusunan rencana tindakan baik dari buku maupun bimbingan dosen. Faktor penghambat adalah para perawat ruangan tidak melakukan tindakan strategi pelaksanaan pada pasien setiap harinya.

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilakukan selama tiga hari pada tanggal 2, 3, 3 dan 9 Januari 2020. Pelaksanaan tindakan yang dilakukan adalah tindakan keperawatan halusinasi pendengaran pada fase *condemning* menggunakan pendekatan strategi pelaksanaan dilakukan dalam beberapa pertemuan, yang terdiri dari SP 1 mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dilakukan dua kali pertemuan, SP 2 mengontrol halusinasi dengan cara minum obat dilakukan dua kali pertemuan, SP 3 mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dilakukan dua kali pertemuan, SP 4 mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas dilakukan dua kali pertemuan, dan TAK stimulasi persepsi dilakukan sebanyak 5 sesi. Pada kasus Tn. S yang dilaksanakan yaitu, SP 1 dilakukan satu kali pertemuan, SP 2 dilakukan dua kali pertemuan, dan TAK stimulasi persepsi dilakukan satu sesi. Terdapat kesenjangan antara yang direncanakan dengan dilaksanakan karena beberapa faktor penyebab, seperti pasien dipindahkan ke ruang tenang.

Pada pelaksanaan SP 1 direncanakan sebanyak 2 kali pertemuan, pada pelaksanaannya perawat melakukan implementasi sebanyak 1 kali, dikarenakan pasien kooperatif dan bisa melakukan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Sebelum melakukan tindakan SP 1 gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran yaitu mengontrol halusinasi

dengan cara menghardik didapatkan data subjektif pasien mengatakan mendengar suara-suara ,suara itu menyuruhnya untuk memukul kepalanya, suara nya muncul 2-3 kali dalam sehari , pagi, siang dan kadang malam, mengatakan suaranya muncul selama 2 menit, suara muncul saat dirinya sedang sendirian dan melamun, pasien tidak menyukai suara itu dan, saat mendengar suara tersebut dirinya berjalan-jalan sampai suaranya hilang. Pasien tampak mondar-mandir (gelisah), komat-kamit, dan berbicara sendiri.

Pada pelaksanaan SP 2 direncanakan sebanyak 2 kali pertemuan, pada pelaksanaanya perawat melakukan implementasi sebanyak 2 kali, dikarenakan pasien tidak tahu nama obat dan hanya tahu warna satu obat saja, dan pada SP 2 pertemuan 1 pasien tampak kurang kooperatif karena kesusahan menghafalkan nama obatnya.

Pada pelaksanaan sebelum melakukan tindakan SP 2 pertemuan 1 gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran yaitu pasien mengatakan mendengar suara-suara, suara itu menyuruhnya untuk memukul kepalanya, suara itu muncul 2-3 kali dalam sehari pada pagi,siang dan kadang malam, suara muncul selama 2 menit, suara nya muncul ketika pasien sedang sendirian, pasien tidak menyukai suara itu, upaya yang dilakukan oleh pasien menghardik bila mendengar suara halusinasinya, saat berinteraksi dengan perawat pasien tidak mendengar suara halusiansinya. Pasien tampak dapat melakukan cara mengontrol halusiansi dengan cara menghardik, kontak mata 5 detik, saat berinteraksi kooperatif.

Pada pelaksanaan sebelum melakukan tindakan SP 2 pertemuan 2 gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran yaitu pasien mengatakan mendengar suara-suara, suara itu menyuruhnya untuk memukul kepalanya, suara itu muncul 1 kali tadi pada siang hari, suara muncul selama 1 menit, suara nya muncul ketika pasien sedang sendirian,

pasien tidak menyukai suara itu dan upaya yang dilakukan oleh pasien menghardik, saat berinteraksi dengan perawat pasien tidak mendengar suara halusiansinya. Pasien tampak dapat menghardik, pasien tampak belum hafal tentang 5 benar sebelum minum obat kontak mata 5 detik, saat berinteraksi pasien kurang kooperatif karena kesusahan menghafal 5 benar sebelum minum obat.

Pada pelaksanaan TAK direncanakan dilakukan 5 sesi tetapi hanya dilakukan 1 sesi dikarenakan untuk melakukan TAK hanya bisa di ruang tenang sedangkan penulis berdinasi di ruang subakut, keterbatasan waktu, TAK tidak bisa dilakukan setiap hari karena ada mahasiswa lain yang akan melakukan TAK namun dengan TAK yang berbeda, dan tak sesi berikutnya dilakukan oleh perawat ruangan dengan catatan hasil TAK sesi 1 di lampirkan di buku catatan yang ada di ruangan . TAK sesi 1: mengenal halusinasi dengan tujuan pasien dapat mengenal halusinasi, waktu terjadinya halusinasi, situasi terjadinya halusinasi, dan perasaannya saat terjadi halusinasi.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan strategi pelaksanaan yaitu terbinanya hubungan saling percaya antara pasien dengan penulis, pasien kooperatif, dan pasien mudah untuk menerima informasi dari penulis. Faktor penghambat yaitu ada perawat ruangan yang tidak melakukan strategi pelaksanaan pada pasien dengan halusinasi.

5. Evaluasi Keperawatan

Pada pelaksanaan evaluasi keperawatan pada kasus selama tiga hari ditemukan kesenjangan dengan evaluasi pada teori. Evaluasi yang digunakan yaitu evaluasi yang menggunakan pendekatan SOAP (*Subjektif, Objektif, Analysis, dan Planning*). Dimana evaluasi hasil yang diharapkan pada pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan yaitu, pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara meminum obat, pasien mampu

mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap, dan pasien mampu mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal.

Evaluasi keperawatan ada dua macam, yaitu pertama adalah evaluasi proses (evaluasi formatif) yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan dan kedua adalah evaluasi hasil (evaluasi somatif) yang dilakukan dengan membandingkan respon pasien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditetapkan (Setiadi, 2012).

Evaluasi formatif yang dilakukan perawat setelah tindakan keperawatan pada kasus yaitu berupa SP. Pada saat evaluasi SP 1 perubahan yang terjadi pada pasien setelah dilakukan tindakan pasien sudah mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, kontak mata 5 detik, saat interaksi tampak kooperatif, sehingga terjadi penurunan frekuensi halusinasi.

Pada saat evaluasi SP 2 pertemuan 1 tampak belum hafal 5 benar obat, kontak mata 5 detik, pasien tampak kurang kooperatif karena kesusahan menghafal 5 benar obat. Pada saat evaluasi SP 2 pertemuan 2 pasien mengetahui 5 benar obat (benar orang, benar obat, benar dosis, benar waktu, dan benar cara pemberian), dan saat berinteraksi dengan perawat pasien tidak mendengar suara halusinasinya, kontak mata 5 detik, pasien dapat menyebutkan 5 benar sebelum minum obat dan saat berinteraksi tampak kooperatif. Pada saat evaluasi TAK stimulasi persepsi: halusinasi sesi 1 pasien mampu mengikuti kegiatan TAK sesi 1 dengan kooperatif, pasien mampu mengenal halusinasi, waktu terjadinya halusinasi, situasi terjadinya halusinasi, dan perasaan saat terjadinya halusinasi.

Evaluasi somatif yang dilakukan diakhir pertemuan perawat mengevaluasi respon pasien dimana pasien tidak mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan, pasien dapat membina hubungan saling percaya, sudah mengenal halusinasinya, dapat menyebutkan cara mengontrol halusinasi

dengan cara menghardik dan minum obat, dan dapat mengikuti terapi aktivitas kelompok sesi 1. Evaluasi secara umum tanda dan gejala yang berkurang setelah dilakukan implementasi pada kasus adalah frekuensi timbulnya halusinasi berkurang dari 2-3 kali dalam sehari menjadi kadang-kadang tidak tiap hari muncul pada malam hari atau pagi hari, pasien tidak tampak komat-kamit, tidak tampak gelisah, kontak mata 5 detik, mampu mengenali perawat dan kooperatif. Kemampuan mengontrol halusinasi meningkat, seperti pasien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, minum obat mengikuti TAK stimulasi persepsi: halusinasi sesi 1.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan evaluasi keperawatan pasien kooperatif, sehingga perawat dapat mengevaluasi proses asuhan keperawatan yang telah diberikan pada pasien. Faktor penghambat dalam melakukan evaluasi keperawatan karena tidak ada catatan perkembangan pada pasien selama 24 jam.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Penulis mendapatkan kasus dengan diagnosa medik skizofrenia tak terinci, dimana terdapat tanda dan gejala pembicaraan inkoheren, berbicara sedikit keras, tampak menyendiri, komat-kamit, mondar mandir gelisah, mendengar suara-suara, proses pikir sirkumsial, dan perseverasi . Tanda dan gejala ini sudah sesuai dengan kriteria penegakan diagnosa F.20.3. Penatalaksanaan medik pada kasus pasien adalah diberikan antipsikotik atipikal yaitu *clozapine* dan *risperidone* dan obat *trihexyphenidly* untuk menangani efek samping ekstrapiramidal. Pengobatan ini sudah sesuai dengan indikasi pasien F.20.3.

Asuhan keperawatan yang diberikan penulis diawali dengan pengkajian, dimana didapatkan data pada faktor predisposisi adalah perundungan, gangguan jiwa sebelumnya, tidak bekerja, kehilangan, dan putus obat. Faktor presipitasi yaitu putus obat, keinginan tidak tercapai, dan tidak bekerja. Hal ini sesuai dengan konsep Stuart and Sundeen bahwa penyebab gangguan jiwa dapat disebabkan oleh faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Tanda dan gejala pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran saat dikaji oleh penulis yaitu pasien mengatakan mendengar suara-suara, suara itu menyuruhnya untuk memukul kepalanya, suara itu muncul 2-3 kali dalam sehari pada pagi, siang dan kadang malam, suara muncul selama 2 menit, suara nya muncul ketika pasien sedang sendirian, pasien tidak menyukai suara itu dan upaya yang dilakukan oleh pasien berjalan-jalan sampai suaranya hilang. Pasien tampak mondar-mandir (gelisah), komat-kamit, berbicara sendiri.

Penulis membuat analisa data yang kemudian dilanjutkan dengan membuat pohon masalah. Pohon masalah menjadi acuan penulis untuk menentukan daftar diagnosa keperawatan, dimana masalah utama atau prioritas masalahnya adalah gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran. Hal ini dikarenakan halusinasi dipandang sangat mengancam kehidupan pasien. Harga diri rendah dan regimen terapi tidak efektif sebagai *causa*, dan resiko perilaku kekerasan sebagai *effect*.

Rencana tindakan keperawatan atau intervensi keperawatan dibuat dengan prinsip SMART. Hal ini memudahkan penulis untuk mengefisienkan dan mengefektifkan tindakan keperawatan. Penulis membuat rencana baik individu, keluarga maupun kelompok. Terapi individu berupa pemberian tindakan keperawatan dalam bentuk Strategi Pelaksanaan (SP) terdiri dari 4 SP yaitu SP 1 mengontrol halusinasi dengan cara menghardik direncanakan akan dilakukan dua kali pertemuan, SP 2 mengontrol halusinasi dengan cara minum obat direncanakan akan dilakukan dua kali pertemuan, SP 3 mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap direncanakan akan dilakukan dua kali pertemuan, SP 4 mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal direncanakan akan dilakukan dua kali pertemuan. Terapi keluarga tidak dapat dilaksanakan karena situasi dan kondisi yang tidak memungkinkan. Terapi kelompok dilakukan dalam bentuk terapi aktivitas kelompok stimulus persepsi: halusinasi direncanakan dilakukan sebanyak 5 sesi.

Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan yaitu SP 1 mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dilakukan satu kali pertemuan, SP 2 mengontrol halusinasi dengan cara minum obat dilakukan dua kali pertemuan dan terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi: halusinasi 1 sesi. Evaluasi keperawatan yang didapatkan tanda dan gejala yang berkurang setelah dilakukan implementasi pada kasus adalah frekuensi timbulnya halusinasi berkurang dari 2-3 kali dalam sehari menjadi kadang-kadang tidak tiap hari muncul pada malam atau pagi hari, pasien tidak

tampak komat-kamit, tidak tampak gelisah, kontak mata 5 detik, mampu mengenali perawat dan kooperatif. Kemampuan mengontrol halusinasi meningkat, seperti pasien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, minum obat dan mengikuti TAK stimulasi persepsi: halusinasi sesi 1.

B. Saran

1. Bagi mahasiswa

Meningkatkan kemampuan dalam melakukan komunikasi terutama pada pengkajian dengan pasien gangguan jiwa.

2. Bagi institusi

Menambahkan keterampilan mahasiswa dalam pengkajian keperawatan jiwa dengan cara memberikan kajian langsung pada pasien sebelum mahasiswa terjun ke klinik.

3. Bagi rumah sakit

Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa dan tetap mempertahankan prinsip caring pada saat pemberian pelayanan asuhan keperawatan jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, D. R. (2013). Relaps pada pasien skizofrenia . *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, 53-65.
- Athi, L. Y. (2016). Eksplorasi Fenomena Korban Bullying Pada Kesehatan Jiwa Remaja di Pesantren. *Jurnal of Nursing Science*, 99-113.
- Fahmawati, F. R. (2019). Upaya Minum Obat Untuk Mengontrol Halusinasi Pada Pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran. *ITS PKU Muhammadiyah Surakarta Repository*, 1-18.
- Fajar, R. &. (2016). Analisa Faktor-Faktor Penyebab Gangguan Jiwa Menggunakan Pendekatan Model Adaptasi Stres Stuart. *Jurnal Kesehatan*, 34-38.
- Indra, M. d. (2019). Penyuluhan Kesehatan Jiwa untuk Meningkatkan Pengetahuan Masyarakat tentang Masalah Kesehatan Jiwa di Lingkungan Sekitarnya. *Medika Karya Kesehatan*, 218-225.
- Karjuniwati. (2020). Pengaruh Pelatihan Regulasi Emosi Terhadap Pengurangan Stres dan Peningkatan Optimise Pada Penganggur di Yogyakarta. *Psikoislamedia: Jurnal Psikologi*, 72-83.
- Keliat, B. A. (2014). *Keperawatan Jiwa Terapi Aktivitas Kelompok*. Jakarta: EGC.
- Kodim. (2015). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Mahmud, H. S. (2018). Pengaruh Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Klien Halusinasi Terhadap Kemampuan Klien mengontrol Halusinasi di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 1-4.
- Marela, G. A. (2017). Bullying Verbal Menyebabkan Depresi pada Remaja SMA di Kota Yogyakarta. *BKM Journal of Comunity Medicine and Public Helath*, 43-48.
- Masdin. (2013). Fenomena Bullying dalam Pendidikan. *Jurnal Al-Ta'dib*, 73-83.
- Muhit, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: CV Andi Offset.
- Nurhalimah. (2018). *Konsep Keperawatan Jiwa*. Jakarta: AIPVIKI.

- Nurlaili, A. E. (2019). Pengaruh Tehnik Distraksi Menghardik Dengan Spritual Terhadap Halusinasi Pasien. *Jurnal Keperawatan* , 177-190.
- O'Brien, P. G. (2013). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Psikiatri*. Jakarta: EGC.
- Pasaribu, J. &. (2019). Kepatuhan Minum Obat Mempengaruhi Relaps Pasien Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 39-46.
- Prabowo, E. (2014). *Konsep & Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- RISKESDAS. (2018). *Hasil Utama Riskesdas 2018*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Saiful, W. &. (2014). *Proses Keperawatan: Teori & Aplikasi*. Jogjakarta: AR-RUZZ MEDIA.
- Sari, H. &. (2015). Faktor Predisposisi Penderita Skizofrenia di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Aceh. *Idea Nursing Journal*, 12-20.
- Setiadi. (2012). *Konsep dan Penulisan Dokumentasi Keperawatan* . Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Stuart, G. W. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Singapore: Elsevier.
- Sutejo. (2018). *Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: KTD.
- Twistiandayani, R. &. (2013). Pengaruh Terapi Thought Stopping Terhadap Kemampuan Mengontrol Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia. *Prosiding Seminar Nasional & Internasional*, 240-242.
- Westa, I. G. (2015). Gambaran Tingkat Depresi Terhadap Perilaku Bullying Pada Siswa di SMP PGRI 2 Denpasar. *E-Jurnal Medika Udayana*, 1-12.
- Yosep, I. &. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.
- Yudhantara, S. &. (2018). *Sinopsis Skizofernia Mahasiswa Kedokteran*. Malang: UB Press.
- (KPAI), K. P. (2018). Retrieved Febuari 22, 2020, from <http://bappeda.jabarprov.go.id/stop-bullying-ata;ia-ajak-korban-untuk-tidak-takut-melapor/>
- (PISA), P. f. (2018). Retrieved Febuari 25, 2020, from <http://databoks.katadata.co.id/datapublish/2019/12/12/pisa-murid-korban-bully-di-indonesia-tertinggi-kelima-di-dunia#>

WHO. (2018). Retrieved Februari 25, 2020, from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

LAMPIRAN

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan
SP Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran

SP 1 Pertemuan ke 1

Nama Pasien: Tn.S

Hari/Tanggal : Jumat, 03 Januari 2020 pukul 10.00

1. Kondisi Klien

DS:

- a. Pasien mengatakan mendengar suara-suara
- b. Pasien mengatakan suara itu menyuruhnya untuk memukul kepalanya
- c. Pasien mengatakan suaranya muncul 2-3 kali dalam sehari , pagi, siang dan kadang malam
- d. Pasien mengatakan suaranya muncul selama 2 menit
- e. Pasien mengatakan suara muncul saat dirinya sedang sendirian dan melamun
- f. Pasien mengatakan tidak menyukai suara itu
- g. Pasien mengatakan saat mendengar suara tersebut dirinya berjalan-jalan sampai suaranya hilang

DO

- a. Pasien tampak mondar-mandir (gelisah)
- b. Pasien tampak komat-kamit
- c. Kontak mata 5 detik

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan sensori persepsi : Halusinasi Pendengaran

3. Tindakan Keperawatan

SP 1 Gangguan sensori persepsi : Halusinasi Pendengaran

- a. Membina hubungan saling percaya

- b. Mengenal halusinasi
 - c. Mengidentifikasi halusinasi (jenis, isi, waktu, frekuensi dan situasi pencetus)
 - d. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara melawan: menghardik
 - e. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara melawan: menghardik
 - f. Memberikan pujian setiap kemampuan klien
 - g. Memasukan ke dalam jadwal kegiatan
4. Komunikasi
- a. Tahap pra interaksi
Siapkan Laporan Pendahuluan, Strategi Pelaksanaan, Asuhan Keperawatan, Klien dan diri perawat
 - b. Tahap orientasi
 - 1) Salam terapeutik
Selamat pagi pak, masih ingat dengan suster? Dinas pagi ya pak dari pukul 7 sampai pukul 14 siang nanti.
 - 2) Evaluasi
Bagaimana perasaannya hari ini? Apakah masih mendengar suara-suara?
 - 3) Validasi
Apa yang bapak lakukan ketika mendengar suara itu?
Apakah suaranya hilang?
 - 4) Kontrak
 - a) Topik dan tujuan
Baik pak, sekarang kita akan membicarakan cara mengontrol halusinasi yang bapak dengar. Tujuannya agar bapak dapat mengontrol halusinasi tersebut
 - b) Waktu
Mau berapa lama pak?

c) Tempat

Mau dimana pak?

c. Tahap kerja

1) Pengkajian

Apakah bapak mendengar suara tanpa ada wujudnya? Apakah bapak melihat bayangan yang menyeramkan? Apakah bapak mencium bau yang tidak sedap? Apakah bapak merasakan sesuatu yang menjalar ke tubuh bapak? Apakah bapak merasakan sesuatu yang menjijikan di lidah bapak? Apa yang suara tersebut katakan? Kapan saja suara itu muncul? Berapa lama suara itu muncul? Saat sedang apa suara itu muncul? Bagaimana perasaan bapak ketika suara itu muncul? Apa yang bapak lakukan ketika mendengar suara itu? Apakah dengan cara itu suaranya hilang?

2) Penjelasan

Apa yang bapak alami itu halusiansi pendengaran. Halusiansi itu ada 5 jenis seperti indra bapak. Yang pertama halusinasi pendengaran, yang kedua halusinasi pengelihatan, yang ketiga halusinasi penciuman, yang keempat halusinasi perabaan dan yang kelima halusinasi pengecapan. Ada 4 tahapan halusinasi , yang pertama comforting dimana halusinasi bersifat menyenangkan, yang kedua condemning dimana halusinasi bersifat menyalahkan, yang ketiga controlling dimana halusiansi bersifat mengontrol dan yang keempat conquering dimana halusinasi mengausai bapak. Ada 4 cara untuk mengontrol halusiansi, yang pertama dengan cara mengahardik, yang kedua dengan minum obat, yang ketiga bercakap-cakap dan yang keempat melakukan aktivitas. Bagaimana kalau sekarang kita latih cara yang pertama yaitu mengahardik? Suster akan mempraktekan dahulu ya pak, nanti baru bapak praktekkan ulang. Begini ya pak saat bapak mendengar suara itui bapak tutup kedua telinga bapak dengan kedua telapak tangan lalu

katakana “ pergi kamu pergi saya tidak mau dengar , kamu suara palsu” seperti itu ya pak.

3) Demonstrasi

(perawat mendemonstrasikan cara menghardik)

4) Redemonstrasi

Coba sekarang bapak ulangi cara menghardik yang sudah suster contohkan . Bagus pak.

d. Tahap Terminasi

1) Evaluasi subjektif

Bagaimana perasaan bapak setelah di latih cara melawan halusiansi dengan cara menghardik? Apakah selama interaksi suara itu muncul?

2) Evaluasi objektif

Coba sekarang bapak ulangi cara menghardik? Tadi yang bapak alami apa? Jenisny ada berapa? Tahapannya ada berapa? Ada berapa cara untuk mengontrolnya?

3) Rencana tindak lanjut

Seperti yang kita pelajari jika suara itu muncul bapak tutup kedua telinga menggunakan telapak tangan dan bapak lakukan cara mengardik ini sebanyak 2-3 kali dalam sehari.

4) Rencana yang akan datang

Baik pak nanti kita ketemu lagi ya dan akan membicarakan cara yang kedua yaitu mengontrol halusinasi dengan minum obat. Mau jam berapa pak? Mau dimana pak?

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

SP Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran

SP 2 Pertemuan ke 1

Nama Pasien: Tn.S

Hari/Tanggal : Jumat, 03 Januari 2020 pukul 19.00

1. Kondisi pasien

DS:

- a. Pasien mengatakan mendengar suara-suara
- b. Pasien mengatakan suara itu menyuruhnya untuk memukul kepalanya
- c. Pasien mengatakan suara itu muncul 2-3 kali dalam sehari pada pagi, siang dan kadang malam
- d. Pasien mengatakan suara muncul selama 2 menit
- e. Pasien mengatakan suara nya muncul ketika klien sedang sendirian
- f. Pasien mengatakan klien tidak menyukai suara itu
- g. Pasien mengatakan upaya yang dilakukan oleh klien menghardik bila mendengar suara halusinasinya
- h. Pasien mengatakan saat berinteraksi dengan perawat klien tidak mendengar suara halusiansinya.

DO:

- a. Pasien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
- b. kontak mata 5 detik
- c. saat berinteraksi tampak kooperatif.

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan sensori persepsi : Halusinasi Pendengaran

3. Tindakan Keperawatan

SP 2 Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran

- a. Mengevaluasi cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
- b. Menjelaskan cara minum obat teratur dengan prinsip 5 benar (benar orang, benar obat, benar dosis, benar waktu, dan benar cara pemberian)
- c. Melatih cara minum obat teratur dengan prinsip 5 benar
- d. Memberikan pujian di setiap kemampuan klien
- e. Memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian

4. Komunikasi

1) Tahap pra interaksi

Siapkan Laporan Pendahuluan, Strategi Pelaksanaan, Asuhan Keperawatan, Klien dan diri perawat

2) Tahap orientasi

1) Salam terapeutik

Selamat pagi pak, masih ingat dengan suster? Dinas siang ya pak dari pukul 15 sampai pukul 21 malam nanti.

2) Evaluasi

Bagaimana perasaannya hari ini? Apakah masih mendengar suara-suara?

3) Validasi

Apa yang bapak lakukan ketika mendengar suara itu? Apakah suaranya hilang?

4) Kontrak

a) Topik dan tujuan

Baik pak, sekarang kita akan membicarakan cara mengontrol halusinasi yang bapak dengar. Tujuannya agar bapak dapat mengontrol halusinasi tersebut

b) Waktu

Mau berapa lama pak?

c) Tempat

Mau dimana pak?

c. Tahap kerja

1) Pengkajian

Apakah bapak masih mendengar suara tanpa ada wujudnya? Apa yang suara tersebut katakan? Kapan saja suara itu muncul? Berapa lama suara itu muncul? Saat sedang apa suara itu muncul? Bagaimana perasaan bapak ketika suara itu muncul? Apa yang bapak lakukan ketika mendengar suara itu? Apakah dengan cara itu suaranya hilang? Apakah selama ini bapak minum obatnya teratur? Apakah bapak ingat obat apa saja yang bapak minum? Apakah bapak tahu ada berapa obatnya? Apakah bapak ingat warna obatnya? Berapa kali dalam sehari bapak minum obatnya? Apa yang bapak rasakan setelah minum obat? Apa setelah minum obat suara itu hilang? Apakah bapak tahu akibat apabila putus obat?

2) Penjelasan

Baik pak sebelum bapak minum obat bapak bisa cek 5 benar terlebih dahulu, benar yang pertama benar orang pastikan nama yang tertera di sini itu nama bapak ya pak. Benar yang kedua benar obat, bapak mendapat 3 obat ya pak yang putih nama nya *risperidone* untuk merileks kan pikiran , yang kuning namanya *trihexipenidyl* untuk ekstrapiramidal, yang kuning satu lagi nama nya *clozapine* untuk merilekskan dan membuat ibu tidak merasa cemas. Benar yang ketiga benar dosis *risperidone* 30 mg, THP bapak minum 2 mg, dan *clozapine* 25 mg. Benar yang keempat benar jadwal *risperidone* di minum 2 kali dalam sehari pukul 06.00 dan 18.00 , *trihexipenidyl* di minum satu kali dalam sehari pukul 18.00 dan *clozapine* di minum satu kali sehari pukul 06.00. benar yang kelima benar cara pemberian, obat ini cara minum ya di masukan ke mulut ya pak lalu minum air putih. Bila setelah minum obat kepala bapak pusing , bapak istirahat terlebih dahulu dan jangan melakukan kegiatan apapun

dan bila setelah minum obat mulut terasa kering bapak bisa minum air putih agar tidak tersedak kering mulut bapak. Jangan berikan obat ini kepada siapapun ya pak, obat ini hanya untuk bapak. Jika halusiansinya sudah hilang jangan di hentikan obatnya karena nanti akan menyebabkan keadaan bapak bertambah parah.

3) Demonstrasi

(perawat mendemonstrasikan 5 benar minum obat)

4) Redemonstrasi

5) Coba sekarang bapak sebutkan 5 benar obat tadi

Bagus...

d. Tahap terminasi

1) Evaluasi subjektif

Bagaimana perasaan bapak setelah kita latihan cara yang kedua yaitu minum obat teratur dengan cara 5 benar sebelum minum obat?

2) Evaluasi objektif

coba sekarang bapak sebutkan 5 benar sebelum minum obat?

3) Rencana tindak lanjut

Kita masukan ke jadwal kegiatan ya pak, *risperidone* di minum 2 kali dalam sehari pukul 06.00 dan 18.00, *trihexipenidyl* di minum satu kali dalam sehari pukul 18.00 dan *clozapine* di minum satu kali sehari pukul 06.00.

4) Rencana yang akan datang

Besok kita ketemu lagi ya pak, kita akan bahas lagi mengenai cara yang ke tiga yaitu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap.

Pelaksanaan Tindakan Keperawatan
SP Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran

SP 2 Pertemuan ke 2

Nama Pasien: Tn.S

Hari/Tanggal : Jumat, 04 Januari 2020 pukul 11.00

1. Kondisi pasien

DS:

- a. Pasien mengatakan mendengar suara-suara
- b. Pasien mengatakan suara itu menyuruhnya untuk memukul kepalanya
- c. Pasien mengatakan suara itu muncul 1 kali tadi pada siang hari
- d. Pasien mengatakan suara muncul selama 1 menit
- e. Pasien mengatakan suara nya muncul ketika klien sedang sendirian
- f. Pasien mengatakan klien tidak menyukai suara itu dan upaya yang dilakukan oleh klien menghardik
- g. Pasien mengatakan saat berinteraksi dengan perawat klien tidak mendengar suara halusiansinya.

DO:

- a. Pasien dapat menghardik
- b. Pasien tampak belum hafal tentang 5 benar sebelum minum obat
- c. kontak mata 5 detik
- d. saat berinteraksi pasien kurang kooperatif karena kesusahan menghafal 5 benar sebelum minum obat.

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan sensori persepsi : Halusinasi Pendengaran

3. Tindakan Keperawatan

SP 2 Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran

- a. Mengevaluasi cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

- b. Menjelaskan cara minum obat teratur dengan prinsip 5 benar (benar orang, benar obat, benar dosis, benar waktu, dan benar cara pemberian)
- c. Melatih cara minum obat teratur dengan prinsip 5 benar
- d. Memberikan pujian di setiap kemampuan klien
- e. Memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian

4. Komunikasi

- a. Tahap pra interaksi

Siapkan Laporan Pendahuluan, Strategi Pelaksanaan, Asuhan Keperawatan, Klien dan diri perawat

- b. Tahap orientasi

- 1) Salam terapeutik

Selamat pagi pak, masih ingat dengan suster? Dinas siang ya pak dari pukul 15 sampai pukul 21 malam nanti.

- 2) Evaluasi

Bagaimana perasaannya hari ini? Apakah masih mendengar suara-suara?

- 3) Validasi

Apa yang bapak lakukan ketika mendengar suara itu? Apakah suaranya hilang?

- 4) Kontrak

- a) Topik dan tujuan

Baik pak, sekarang kita akan membicarakan cara mengontrol halusinasi yang bapak dengar. Tujuannya agar bapak dapat mengontrol halusinasi tersebut

- b) Waktu

Mau berapa lama pak?

- c) Tempat

Mau dimana pak?

c. Tahap kerja

1) Pengkajian

Apakah bapak masih mendengar suara tanpa ada wujudnya? Apa yang suara tersebut katakana? Kapan saja suara itu muncul? Berapa lama suara itu muncul? Saat sedang apa suara itu muncul? Bagaimana perasaan bapak ketika suara itu muncul? Apa yang bapak lakukan ketika mendengar suara itu? Apakah dengan cara itu suaranya hilang? Apakah selama ini bapak minum obatnya teratur? Apakah bapak ingat obat apa saja yang bapak minum? Apakah bapak tahu ada berapa obatnya? Apakah bapak ingat warna obatnya? Berapa kali dalam sehari bapak minum obatnya? Apa yang bapak rasakan setelah minum obat? Apa setelah minum obat suara itu hilang? Apakah bapak tahu akibat apabila putus obat?

2) Penjelasan

Baik pak sebelum bapak minum obat bapak bisa cek 5 benar terlebih dahulu, benar yang pertama benar orang pastikan nama yang tertera di sini itu nama bapak ya pak. Benar yang kedua benar obat, bapak mendapat 3 obat ya pak yang putih nama nya *risperidone* untuk merileks kan pikiran , yang kuning namanya *trihexipenidyl* untuk ekstrapiramidal, yang kuning satu lagi nama nya *clozapine* untuk merilekskan dan membuat ibu tidak merasa cemas. Benar yang ketiga benar dosis *risperidone* 30 mg, THP bapak minum 2 mg, dan *clozapine* 25 mg. Benar yang keempat benar jadwal *risperidone* di minum 2 kali dalam sehari pukul 06.00 dan 18.00 , *trihexipenidyl* di minum satu kali dalam sehari pukul 18.00 dan *clozapine* di minum satu kali sehari pukul 06.00. benar yang kelima benar cara pemberian, obat ini cara minum ya di masukan ke mulut ya pak lalu minum air putih. Bila setelah minum obat kepala bapak pusing , bapak istirahat terlebih dahulu dan

jangan melakukan kegiatan apapun dan bila setelah minum obat mulut terasa kering bapak bisa minum air putih agar tidak tersedak kering mulut bapak. Jangan berikan obat ini kepada siapapun ya pak, obat ini hanya untuk bapak. Jika halusinasinya sudah hilang jangan di hentikan obat nya karena nanti akan menyebabkan keadaan bapak bertambah parah.

3) Demonstrasi

(perawat mendemonstrasikan 5 benar minum obat)

4) Redemonstrasi

Coba sekarang bapak sebutkan 5 benar obat tadi

Bagus.

d. Tahap terminasi

1) Evaluasi subjektif

Bagaimana perasaan bapak setelah kita latihan cara yang kedua yaitu minum obat teratur dengan cara 5 benar sebelum minum obat?

2) Evaluasi objektif

coba sekarang bapak sebutkan 5 benar sebelum minum obat?

3) Rencana tindak lanjut

Kita masukan ke jadwal kegiatan ya pak, *risperidone* di minum 2 kali dalam sehari pukul 06.00 dan 18.00, *trihexipenidyl* di minum satu kali dalam sehari pukul 18.00 dan *clozapine* di minum satu kali sehari pukul 06.00.

4) Rencana yang akan datang

Besok kita ketemu lagi ya pak, kita akan bahas lagi mengenai cara yang ke tiga yaitu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap.

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

Gangguan Sensosi Persepsi: Halusinasi

A. Latar Belakang

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

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

B. Tujuan

1. Tujuan Umum:

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

2. Tujuan khusus:

- a. Pasien dapat mengenal halusinasi.

- b. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan menghardik.
- c. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain.
- d. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan aktivitas terjadwal.
- e. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan meminum obat.
- f. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain.
- g. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan aktivitas terjadwal.
- h. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan meminum obat.

C. Waktu dan Tempat

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

Tempat : Ruang Belimbing.

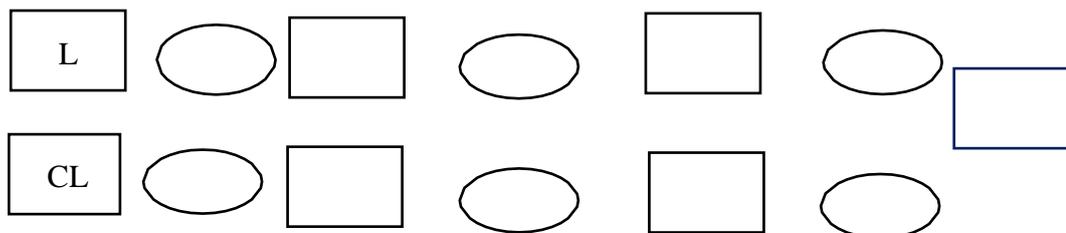
D. Metode

1. Dinamika kelompok.
2. Diskusi tanya jawab.

E. Media dan alat

1. Spidol dan white board.
2. Sound system
3. Balon
4. Jadwal kegiatan harian.

F. Setting tempat



Keterangan:

 : Leader

 : coleader

 : vasilitor

 : obsever

 : pasien

G. Pembagian Tugas

Peran Leader

1. Memimpin jalannya kegiatan.
2. Menyampaikan tujuan dan waktu permainan.
3. Menjelaskan cara dan peraturan kegiatan.
4. Memberi respon yang sesuai dengan perilaku pasien.
5. Meminta tanggapan dari pasien atas permainan yang telah dilakukan.
6. Memberi reinforcement positif pada pasien.
7. Menyimpulkan kegiatan.

Peran Co-Leader

1. Membantu tugas leader.
2. Menyampaikan informasi dari fasilitator ke leader.
3. Mengingatkan leader tentang kegiatan.
4. Bersama leader menjadi contoh kegiatan.

Peran Observer

1. Mengobservasi jalannya acara.

2. Mencatat jumlah pasien yang hadir.
3. Mencatat perilaku verbal dan non verbal selama kegiatan berlangsung.
4. Mencatat tanggapan tanggapan yang dikemukakan pasien.
5. Mencatat penyimpangan acara terapi aktivitas.
6. Membuat laporan hasil kegiatan.

Peran Fasilitator

1. Memfasilitasi jalannya kegiatan.
2. Memfasilitasi klien yang kurang aktif.
3. Mampu memotivasi klien untuk kesuksesan acara.
4. Dapat mengatasi hambatan-hambatan yang terjadi dari dalam /luar kelompok.

Peran Pasien

1. Pasien yang kooperatif dengan riwayat halusinasi, waham dan ilusi
2. Pasien dengan gangguan stimulasi persepsi: halusinasi sudah dapat berinteraksi dengan orang lain.
3. Pasien yang sehat secara fisik dan bertoleransi terhadap aktivitas.
4. Pasien tidak membahayakan orang lain.
5. Pasien yang telah diberitahu oleh terapis sebelumnya.
6. Pasien dapat berkomunikasi verbal dengan baik.

SESI I : Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi.

A. Tujuan

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

B. Setting

1. Kelompok berada diruang yang tenang.
2. Pasien duduk melingkar.

C. Alat

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

D. Metode

1. Diskusi.
2. Tanya jawab.

E. Langkah-langkah kegiatan

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

2. Evaluasi Struktur

Dalam pelaksanaan TAK, mulai tepat waktu yaitu pukul 15.00 WIB, dengan jumlah pasien yang direncanakan 5 orang dan ikuti 5 orang. Alat dan media yang digunakan seperti sound system untuk membuat lagu-lagu saat pasien melakukan TAK, balon untuk menentukan siapa yang akan berbicara saat musik dihentikan dengan cara saat musik

menyala balon di over ke pasien lain sambil bergoyang, spidol untuk menuliskan di white board siapa saja yang berhasil menyebutkan dan mengenal halusinasinya (isi, waktu, frekuensi, dan perasaan). Metode bermain telah sesuai dengan perencanaan, suasana saat kegiatan berlangsung menyenangkan, aman, dan kelima pasien tampak semangat, pasien duduk dibangku dan membentuk lingkaran memanjang dimana terapis berdiri berada dekat dengan pasien khususnya penulis berada dekat dengan pasien (Tn. Su) terkecuali liader dan co leader yang berada di depan untuk memandu kegiatan, peserta sepakat untuk mrngikuti kegiatan sampai selesai serta sepakat mengikuti prosedur kegiatan. Leader, co leader, fasilitator, dan observer telah berperan dan melaksanakan kegiatan terapi aktivitas kelompok dengan baik.

3. Evaluasi Proses

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

4. Evaluasi Hasil

No	Aspek yang dinilai	Nama peserta TAK				
		(Tn.P)	(Tn.Sb)	(Tn.R)	(Tn.Su)	(Tn.F)
1	Mengenal isi halusinasi	1	1	1	1	1
2	Mengenal waktu terjadinya halusinasi	1	1	1	1	1

3	Menyebutkan situasi terjadinya halusinasi	1	1	1	1	1
4	Menyebutkan perasaan saat terjadi halusinasi	1	1	1	1	1
	Total	4	4	4	4	4

Petunjuk dilakukan = 1

Tidak dilakukan = 0

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