



**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. L DENGAN
GANGGUAN SENSORI PERSEPSI : HALUSINASI
PENGLIHATAN DAN PENCIUMAN DI
RUANG BERRY RUMAH SAKIT
KHUSUS DUREN SAWIT**

Disusun oleh :

Vivi Maryana

201701057

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

STIKES MITRA KELUARGA

BEKASI TIMUR

2020



**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. L DENGAN
GANGGUAN SENSORI PERSEPSI : HALUSINASI
PENGLIHATAN DAN PENCIUMAN DI
RUANG BERRY RUMAH SAKIT
KHUSUS DUREN SAWIT**

Disusun oleh :

Vivi Maryana

201701057

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKES MITRA KELUARGA**

BEKASI TIMUR

2020

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Vivi Maryana

NIM : 201701057

Institusi : STIKES Mitra Keluarga Program Studi DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa pada Ny. L dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Penglihatan dan Penciuman di Ruang Berry Rumah Sakit Khusus Duren Sawit” yang dilaksanakan pada tanggal 2 Januari sampai 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, 26 Mei 2020

Yang Membuat Pernyataan



(Vivi Maryana)

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Jiwa pada Ny. L dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Penglihatan dan Penciuman di Ruang Berry Rumah Sakit Khusus Duren Sawit” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 26 Mei 2020

Pembimbing Makalah



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

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan

STIKES Mitra Keluarga



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

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Jiwa pada Ny. L dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Penglihatan dan Penciuman di Ruang Berry Rumah Sakit Khusus Duren Sawit” yang disusun oleh Vivi Maryana (201701057) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 17 Juni 2020.

Bekasi, 17 Juni 2020

Penguji I



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

Penguji II



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

Nama mahasiswa : Vivi Maryana
NIM : 201701057
Program studi : Diploma III Keperawatan
Judul karya tulis : Asuhan Keperawatan Jiwa pada Ny. L dengan Gangguan Sensori
Persepsi : Halusinasi Penglihatan dan Penciuman di Ruang Berry
Rumah Sakit Khusus Duren Sawit
Halaman : xiii + 90 halaman + 1 tabel + 1 lampiran
Pembimbing : Renta Sianturi

ABSTRAK

Latar Belakang : Skizofrenia didefinisikan sebagai penyakit otak neurobiologis yang berat dan terus – menerus. Akibatnya berupa respon yang dapat sangat mengganggu kehidupan individu, keluarga, dan masyarakat, salah satunya adalah halusinasi. Jumlah penderita skizofrenia data dari Riset Kesehatan Dasar (Risksdas) tahun 2018 Jawa Barat 5 %. Apabila hal ini tidak ditindak lanjuti, maka dapat menurunkan produktivitas wilayah tersebut dan individu pada khususnya.

Tujuan Umum : Laporan kasus ini adalah untuk memperoleh pengalaman nyata melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi melalui pendekatan proses keperawatan secara holistik dan komprehensif.

Metode Penulisan : Dalam penyusunan laporan kasus ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan mengungkapkan fakta- fakta sesuai dengan data- data yang didapat.

Hasil : Hasil dari pengkajian didapatkan data terkait halusinasi penglihatan yaitu pasien mengatakan melihat bayangan putih seperti asap disekitarnya, bayangan muncul pada siang hari, bayangan muncul sekitar 10 menit, bayangan muncul ketika pasien sendirian, dan pasien hanya diam ketika bayangan muncul. Hasil dari pengkajian didapatkan data terkait halusinasi penciuman yaitu pasien mengatakan pasien mengatakan mencium bau tidak enak di sekitarnya, bau muncul pada saat siang hari jam 11.00, bau muncul sekitar 10 menit, bau muncul ketika pasien sendirian, dan pasien hanya diam dan menghindar ketika bau muncul.

Kesimpulan dan Saran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi dengan intervensi berupa Strategi Pelaksanaan efektif dalam kasus ini, sehingga diharapkan dapat dilakukan tentang penerapan perencanaan bercakap-cakap, minum obat, menghardik dan melakukan aktivitas sesuai dengan kemampuan pasien

Keyword : Distraksi dengan menghardik, bercakap – cakap, dan minum obat 6 benar, halusinasi penglihatan, halusinasi penciuman

Daftar Pustaka : 29 (2010 – 2018)

Name : Vivi Maryana
NIM : 201701057
Study program : Diploma III of Nursing
Title : Nursing Care for Ny. L with Visual Hallucinations and
Hallucinations of Smell on Duren Sawit Hospital in The
Berry Room
Page : xiii + 90 pages + 1 table + 1 attachment
attachment Supervisor : Renta Siantu

ABSTRACT

Background : Schizophrenia is a severe and persistent neurobiological disease, as a result it influences perceptions, ways of thinking, language, emotions, and social behavior which is very disturbing to the lives of individuals, families and communities, one of which is hallucinations. The number of schizophrenics in 2018 from the Health Profile of west java is 5 %. If it is not followed through, it could bring down productivity in the region and the individual in particular.

Purpose : This case study is to obtain a real experience of nursing care for patients with hallucinations through a comprehensive approach to the nursing process

Methods : In the preparation of this case using descriptive method is by disclosing the facts in accordance with the data-data obtained.

Results : The results of the study obtained data to visual hallucinations, the patients said she sees white shadows like smoke around she, a shadow appears about 10 minutes, a shadow appears during the day, a shadow appears when the patient is alone, the patient only remains when the shadow appears. The results of the study obtained data to hallucinations of smells, the patients said she smell bad around her, showing up at noon at 11 o'clock, showing up about 10 minute, showing up when the patient was alone and she just stood there and avoided when she was about to appear.

Conclusions and Recommendations : Mental health nursing process to clients with hallucinations in the form of implementation strategy interventions are effective in this case, so it is expected to be possible to implement the planning of conversations, taking medication, snarling and doing activities, according to the client's ability.

Keyword : District techniques, visual hallucinations, hallucinations of smell

References : 29 (2010 – 2018)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat, karunia serta rahmat-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa pada Ny. L dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Penglihatan dan Penciuman di Ruang Berry Rumah Sakit Khusus Duren Sawit”.

Penulis menyadari bahwa tanpa bimbingan, dukungan dan bantuan dari berbagai pihak akan sangat sulit bagi penulis dalam menyelesaikan makalah ilmiah ini. Oleh sebab itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih dan rasa hormat kepada :

1. Ns. Renta Sianturi, 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. Desi Pramujiwati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J selaku dosen penguji I.
3. Dr. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An selaku ketua STIKES Mitra Keluarga.
4. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep. MB selaku koordinator program studi DIII Keperawatan STIKES Mitra Keluarga.
5. Ns. Aprillia Veranita., M.Kep selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan motivasi, semangat dan kritik yang sangat membangun untuk penulis selama menuntut ilmu di STIKES Keluarga dan dalam penulisan makalah ini.
6. 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.
7. Pasien yaitu Ny. L yang telah bersedia untuk bekerjasama dengan penulis dalam memberikan informasi selama proses keperawatan berlangsung.

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR DIAGRAM	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5
C. Ruang Lingkup	6
D. Metode Penulisan	6
E. Sistematika Penulisan	7
BAB II	8
TINJAUAN TEORI	8
A. Konsep Skizofrenia	8
1. Definisi Skizofrenia	8
2. Psikodinamika Skizofrenia	8
3. Proses Terjadinya Skizofrenia	10
4. Manifestasi	13
5. Klasifikasi Skizofrenia	14
6. Pengobatan Skizofrenia	16
B. Konsep Halusinasi	18
1. Definisi Halusinasi	18

2. Psikodinamika.....	18
a. Etiologi Halusinasi.....	18
b. Proses Penyakit.....	20
c. Rentang Respon.....	22
d. Tanda dan Gejala Halusinasi.....	24
C. Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi.....	27
1. Pengkajian Keperawatan.....	27
2. Pohon Masalah dan Diagnosa Keperawatan.....	28
3. Rencana Keperawatan.....	28
4. Implementasi Keperawatan.....	36
5. Evaluasi Keperawatan.....	40
BAB III.....	42
TINJAUAN KASUS.....	42
A. Pengkajian Keperawatan.....	42
B. Diagnosa Keperawatan.....	64
C. Rencana Keperawatan.....	64
D. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	69
BAB IV.....	91
PEMBAHASAN.....	91
A. Konsep Medik.....	91
B. Pengkajian.....	91
C. Diagnosa Keperawatan.....	93
D. Rencana Keperawatan.....	94
E. Implementasi Keperawatan.....	95
F. Evaluasi Keperawatan.....	96
BAB V.....	99
PENUTUP.....	99
A. Konsep Medik.....	99
B. Saran.....	100
DAFTAR PUSTAKA.....	101
LAMPIRAN.....	104

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 : Analisa Data	55
--------------------------------	----

DAFTAR DIAGRAM

Diagram 2.1 : Rentang Respon Neurobiologis.....	22
Diagram 2.2 : Pohon Masalah Halusinasi.....	28
Diagram 3.1 : Genogram Keluarga Ny. L.....	46
Diagram 3.1 : Pohon Masalah GSP : Halusinasi	64

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi
Penglihatan : Pasien/Individu (SP 1, Pertemuan 1)

Lampiran 2 Strategi Pelaksanaan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi
Penciuman : Pasien/Individu (SP 1, Pertemuan 1)

Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi
Penciuman : Pasien/Individu (SP 2, Pertemuan 1)

Lampiran 4 Strategi Pelaksanaan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi
Penciuman : Pasien/Individu (SP 2, Pertemuan 2)

Lampiran 5 Strategi Pelaksanaan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi
Penciuman : Pasien/Individu (SP 2, Pertemuan 3)

Lampiran 6 Strategi Pelaksanaan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi
Penciuman : Pasien/Individu (SP 3, Pertemuan 1)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Orang tua memiliki cara dan pola tersendiri dalam mengasuh dan membimbing anak. Cara dan pola tersebut tentu akan berbeda antara satu keluarga dengan keluarga lainnya. Bentuk - bentuk pola asuh orang tua mempengaruhi pembentukan kepribadian anak setelah ia menjadi dewasa. Itulah sebabnya pola asuh yang diterapkan orang tua akan mempengaruhi perkembangan sosial emosional anak itu sendiri (Djamarah, 2014).

Jenis pola asuh yang dilakukan orang tua dalam keluarga, yaitu pola asuh demokratis, pola asuh otoriter, dan pola asuh permisif (Djamarah, 2014). Pola asuh demokratis ditandai dengan adanya sikap terbuka antara orang tua dan anak, memberikan dampak positif pada perilaku anak. Sebab terjalinnya hubungan yang erat dan bersifat hangat antara orang tua dan anak maka sangat berpotensi kecil akan munculnya tindakan yang buruk terhadap anak karena segala masalah yang dimiliki anak dapat diatasi dengan baiknya interaksi dalam keluarga. Pola asuh otoriter ditandai dengan adanya aturan – aturan yang kaku dari orangtua dan kebebasan anak sangat dibatasi, memberikan dampak negatif pada anak, anak cenderung murung, ketakutan, sedih menggambarkan kecemasan dan rasa tidak aman dalam berhubungan dengan lingkungan, dan akan berdampak pada psikologi anak sehingga anak berperilaku negatif. Pola asuh permisif ditandai dengan adanya kebebasan tanpa batas pada anak untuk berperilaku sesuai keinginan anaknya, memberikan dampak negatif pada perilaku anak baik maupun di dalam rumah. Karena tidak adanya suatu kontrol yang kuat pada anak dan sering memanjakan sehingga anak sewenang-wenang melakukan sesuatu tanpa berpikir bahwa itu adalah buruk (Juhardin, 2016).

Seperti yang dikemukakan oleh Agusno (2013), pola asuh permisif dapat menyebabkan gangguan jiwa berat skizofrenia. Pola asuh permisif dapat menyebabkan berbagai dampak pada individu. Dimana dampak psikologis dapat berupa anak kesulitan hidup mandiri dan tidak bisa bertanggung jawab ketika dewasa, jika tidak terbiasa bertanggung jawab maka anak akan lebih mudah tertekan dan mengalami stres yang berkepanjangan dan akibatnya dapat menimbulkan gangguan depresi. Dampak sosial dapat berupa membentuk kepribadian anak yang hanya memikirkan dirinya sendiri, kurang bertanggung jawab, tidak tahan kekecewaan dan ingin menarik perhatian kepada dirinya sendiri (Katona, 2012).

Depresi merupakan gangguan emosional atau suasana hati yang buruk yang ditandai dengan kesedihan yang berkepanjangan, putus harapan, perasaan bersalah dan tidak berarti. Sehingga seluruh proses mental (berpikir, berperasaan dan berperilaku) tersebut dapat mempengaruhi motivasi untuk beraktivitas dalam kehidupan sehari-hari maupun pada hubungan interpersonal. Dampak yang ditimbulkan akibat depresi adalah gangguan interpersonal dimana individu yang mengalami depresi cenderung mudah tersinggung, sedih yang berkepanjangan sehingga cenderung menarik diri dan menjauhkan diri dari orang lain. Depresi merupakan salah satu gangguan mental atau jiwa yang banyak dialami (Dirgayunita, 2016).. Berdasarkan data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2018) proporsi depresi pada penduduk umur ≥ 15 tahun di provinsi Jawa Barat 9 %.

Gangguan jiwa menurut PPDGJ III adalah sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (distress) didalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi psikologis, perilaku, biologis dan gangguan itu tidak hanya terletak didalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat. Gangguan jiwa terbagi menjadi dua yaitu gangguan jiwa ringan dan gangguan jiwa berat,

contoh dari gangguan jiwa ringan adalah gangguan mental emosional, kecemasan, panik, sedangkan gangguan jiwa berat salah satunya adalah skizofrenia (Stuart, 2013).

Menurut data *World Health Organization* (WHO, 2018) terdapat sekitar 20 juta orang terkena gangguan jiwa berat. Berdasarkan data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2018) proporsi untuk gangguan jiwa ringan yaitu dengan gangguan mental emosional untuk usia 15 tahun keatas di Indonesia mencapai 9.8 % dari jumlah penduduk Indonesia. Dengan provinsi Sulawesi Tengah memiliki proporsi gangguan jiwa ringan paling tinggi yaitu 19.8 % dan proporsi gangguan jiwa ringan terendah provinsi Jambi 3.6 %. Provinsi Jawa Barat sendiri memiliki proporsi gangguan jiwa ringan yaitu 12 %.

Menurut Stuart (2013) salah satu bentuk gangguan jiwa berat adalah skizofrenia. Skizofrenia didefinisikan sebagai penyakit otak neurobiologis yang berat dan terus – menerus. Akibatnya berupa respon yang dapat sangat mengganggu kehidupan individu, keluarga, dan masyarakat. Jenis skizofrenia menurut adalah skizofrenia paranoid (F20.0), skizofrenia disorganisasi atau hebefrenik (F20.1), skizofrenia katatonik (F20.2), skizofrenia tak terinci (F20.3), depresi pasca skizofrenia (F20.4), skizofrenia residual (F20.5), skizofrenia simpleks (F20.6), skizofrenia lainnya (F20.8), dan skizofrenia yang tak tergolongkan (F20.9) (Elvira, 2013). Gejala skizofrenia dibagi menjadi dua, yaitu gejala positif dan gejala negatif, yaitu gejala positif terdiri dari ambivalen, delusi, halusinasi, dan gejala negatif terdiri dari: alogia, apatis, katatonia, afek datar, dan keengganan (Sutejo, 2018).

Berdasarkan data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2018) proporsi skizofrenia di Indonesia proporsi rumah tangga dengan ART gangguan jiwa skizofrenia/psikosis tertinggi pada provinsi Bali 11 %. Proporsi rumah tangga dengan ART gangguan jiwa skizofrenia/psikosis terendah pada provinsi Kepri 3 %. Proporsi rumah tangga dengan ART gangguan jiwa skizofrenia/psikosis pada provinsi Jawa Barat 5 %.

Salah satu gejala positif dari skizofrenia adalah halusinasi. Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan sensori persepsi yang dialami oleh pasien gangguan jiwa, pasien merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penciuman tanpa adanya stimulus yang nyata (Keliat, 2011). Tahapan halusinasi terdapat empat fase, yaitu *comforting severe level of anxiety*, *condemning severe level of anxiety*, *controlling severe level of anxiety*, dan *conquering panic level of anxiety* (Stuart, 2013).

Hasil studi kasus pada tanggal 2 Januari sampai 11 Januari 2020 khususnya di Rumah Sakit Duren Sawit didapatkan data 2 bulan terakhir. Pada bulan November 2019 pasien yang mengalami halusinasi sebanyak 197 orang dan pada bulan Desember 2019 sebanyak 147 orang di ruang Berry. Pasien yang dirawat mayoritas akibat relaps.

Relaps adalah suatu keadaan dimana apabila seorang pasien skizofrenia yang telah menjalani rawat inap di rumah sakit jiwa dan diperbolehkan pulang kemudian kembali menunjukkan gejala-gejala sebelum dirawat inap. Setiap relaps yang terjadi berpotensi membahayakan bagi pasien dan keluarganya. Apabila relaps terjadi maka pasien harus kembali melakukan perawatan inap di rumah sakit jiwa (*rehospitalisasi*) untuk ditangani. Dari penelitian yang telah dilakukan oleh Amelia (2013), penyebab relaps pada pasien skizofrenia adalah faktor ekonomi, ketidakpatuhan subyek pada pengobatan seperti pasien tidak minum obat, dan faktor sosial yaitu dari

keluarga subyek berupa perlakuan kasar dan pertengkaran yang terus menerus sehingga dibutuhkan *support system* yang adekuat baik dari teman, tenaga kesehatan dan lingkungan. Perawat merupakan salah satu *support system* yang dapat menangani masalah halusinasi.

Peran perawat dalam menangani halusinasi dirumah sakit yaitu *care giver* perawat melakukan pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi serta menerapkan strategi pelaksanaan halusinasi (Keliat, 2011). *Counselor* adalah memberikan konseling atau bimbingan pada pasien tentang masalah kesehatan yang dialami pasien serta pemecahan masalah di fokuskan pada masalah keperawatan. *Edukator* artinya perawat membantu pasien serta keluarganya dalam upaya meningkatkan kesehatan. *Collaborator* adalah perawat berperan dalam bekerja sama dengan tim kesehatan (Harnilawati, 2013).

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis ingin membahas lebih lanjut mengenai “ Asuhan Keperawatan Jiwa pada Ny. L dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Penglihatan dan Penciuman di Ruang Berry Rumah Sakit Khusus Duren Sawit”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Didapatkan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi penglihatan dan penciuman.

2. Tujuan Khusus

Setelah menyelesaikan karya tulis ilmiah ini penulis diharapkan mampu :

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi penglihatan dan penciuman

- b. Merumuskan diagnosa pada pasien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi penglihatan dan penciuman
- c. Melakukan rencana keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi penglihatan dan penciuman
- d. Melakukan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi penglihatan dan penciuman
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi penglihatan dan penciuman
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang muncul antara teori dan kasus
- g. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi penglihatan dan penciuman

C. Ruang Lingkup

Penulisan karya tulis ilmiah ini berfokus pada pemberian Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien Ny. L dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Penglihatan dan Penciuman di Ruang Berry Rumah Sakit Khusus Duren Sawit yang dilaksanakan pada tanggal 2 Januari sampai dengan 11 Januari 2020.

D. Metode Penulisan

Dalam membuat karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif, yaitu dengan mendeskripsikan asuhan keperawatan yang telah diberikan oleh penulis pada pasien Ny. L dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi penglihatan dan penciuman.

Metode pengumpulan data yang dilakukan oleh penulis adalah studi kasus, yaitu dengan pemberian asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan halusinasi penciuman, mulai dari pengkajian, penyusunan rencana tindakan keperawatan, mengimplementasi rencana tindakan hingga melakukan evaluasi dan studi kepustakaan, yaitu dengan cara membaca dan mempelajari buku – buku terkait materi halusinasi penciuman untuk

mendapatkan konsep teoritis yang bersifat ilmiah dan penelusuran internet mengenai materi terkait.

E. Sistematika Penulisan

Karya tulis ilmiah ini terdiri dari lima bab yang disusun secara sistematis. Bab I pendahuluan meliputi latar belakang penulisan, tujuan penulisan, ruang lingkup penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan teori meliputi konsep skizofrenia, konsep halusinasi dan konsep asuhan keperawatan pada halusinasi penciuman. 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 serta diakhiri dengan daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Skizofrenia

1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi atau waham), afek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berpikir abstrak), serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari – hari (Keliat, 2013).

Skizofrenia adalah suatu psikosis fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni antara proses pikir, afek, dan emosi. Kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi, asosiasi terbagi – bagi sehingga muncul inkohereni, afek dan emosi inadkuat, serta psikomotor yang menunjukkan penarikan diri dan ambivalensi (Sutejo, 2016).

2. Psikodinamika Skizofrenia

Ada beberapa penyebab yang dikaitkan dengan skizofrenia yaitu sebagai berikut :

a. Faktor Genetik

Faktor genetik dihubungkan dengan anggota keluarga lain yang juga menderita skizofrenia. Kemungkinan ini semakin besar terjadi jika keluarga lain mengidap skizofrenia memiliki hubungan persaudaraan yang dekat. Fenomena ini berdasarkan penelitian awal tentang genetika dari skizofrenia yang dilakukan pada tahun 1930. Kembar monozigotik memiliki angka kesesuaian tertinggi. Penelitian pada kembar monozigotik yang diadopsi menunjukkan bahwa kembar yang diasuh orang tua angkat mempunyai skizofrenia

dengan kemungkinan yang sama besarnya seperti saudara kandungnya (Sutejo, 2018).

Faktor resiko yang paling utama mengembangkan skizofrenia adalah memiliki tingkat pertama hubungan dengan skizofrenia. Penelitian keluarga, kembar, dan adopsi telah menunjukkan peningkatan resiko penyakit pada orang dengan tingkat pertama hubungan (orang tua, saudara, keturunan) atau tingkat kedua (kakek, nenek, bibi, paman, sepupu, cucu) dengan skizofrenia (Stuart, 2016).

b. Faktor Neurobiologis

Studi menunjukkan kelainan anatomi, fungsional, dan neurokimia dalam kehidupan dan otak postmortem orang dengan skizofrenia. Penelitian menunjukkan bahwa korteks prefrontal dan korteks limbik mungkin tidak sepenuhnya berkembang pada otak orang dengan skizofrenia. Dua hasil penelitian neurobiologis yang paling konsisten dalam skizofrenia adalah penurunan volume otak dan perubahan sistem neurotransmitter. Penurunan volume otak pada *gray matter* dan *white matter* (akson saraf). Hal ini disebabkan kerusakan mielinisasi serta berhubungan dengan teori pemangkasan neuron abnormal. Tidak sepenuhnya berkembang pada otak korteks prefrontal terlibat dalam gejala negatif skizofrenia dan tidak sepenuhnya berkembang pada otak korteks limbik (dalam lobus temporal) terlibat dalam gejala positif skizofrenia, sistem neurotransmitter menghubungkan daerah ini, khususnya dopamin, serotonin, dan glutamat (Stuart, 2016).

c. Faktor Neuro-anatomik dan Neuro-kimia

Adanya perkembangan teknologi seperti CT scan, *Magnetic Resonance Imaging* (MRI), dan *positron emission tomography* (PET), para ilmuwan dapat mempelajari struktur otak (neuro-anatomi)

serta kegiatan otak (neuro-kimia) dari individu skizofrenia. Peneliti memperlihatkan bahwa individu dengan skizofrenia secara relatif mempunyai jaringan otak yang lebih kecil, dan cairan serebrospinal yang lebih sedikit dibandingkan dengan yang tidak menderita skizofrenia. Hal ini dapat terjadi karena gangguan perkembangan jaringan otak atau matinya jaringan otak. Peneliti menunjukkan bahwa adanya gangguan pada sistem neurotransmitter dari individu skizofrenia. Teori neuro-kimia ini berkaitan dengan neurotransmitter dopamine. Satu teori mengatakan bahwa kelebihan dopamine dapat menimbulkan skizofrenia (Baradero, 2015)

d. Faktor Sosiogenik

Beberapa faktor sosial - budaya (sosiogenik) atau sosialkultural yang mempengaruhi terjadinya skizofrenia diantaranya adalah ketidakstabilan keluarga, pola asuh anak, tingkat ekonomi, perumahan perkotaan dibandingkan dengan perdesaan, kesejahteraan yang tidak memadai, pengaruh nilai dan keagamaan (Yosep, 2014).

3. Proses Terjadinya Skizofrenia

Perjalanan penyakit skizofrenia dibagi menjadi beberapa fase. Fase prodromal bermula saat remaja (usia belasan tahun terakhir atau 20-an awal). Kejadian pencetus seperti trauma emosi, obat, dan separasi (perpisahan) dapat memicu episode penyakit. Gejala prodromal berupa cemas, gundah, teror, atau depresi yang berbentuk akut atau bertahap. Pada fase ini terjadi perubahan persepsi dan keyakinan, fungsi kognitif, *mood*, afek, serta kebiasaan yang mungkin tidak nampak nyata. Fase ini berakibat penurunan level fungsional secara sosial. Fase ini terjadi sekitar bulanan hingga tahunan sebelum gejala psikosis yang jelas dimana gejala negatif lebih bersifat dominan.

Pada fase psikosis atau akut terjadi waham, halusinasi, dan pembicaraan yang disorganisasi. Fase transisional atau postpsikosis merupakan sebuah fase yang memungkinkan untuk terjadinya kekambuhan yang dipengaruhi oleh stressor psikososial ataupun berupa penurunan gejala psikosis dan mendominasinya gejala negatif, ketidakpatuhan minum obat pada fase ini terjadi residual. Fase penyembuhan terjadi bebas gejala dan dapat melakukan aktivitas sosial (Yudhantara, 2018). Setelah terjadinya beberapa fase dapat berkembang menjadi :

- a. Subkronik, yaitu bila individu menunjukkan penyakitnya terus menerus, paling sedikit 6 bulan terakhir atau kurang dari 2 tahun.
- b. Kronik, yaitu bila individu menunjukkan penyakitnya terus menerus lebih dari 2 tahun.
- c. Subkronik dengan eksaserbasi akut, yaitu timbul ulangnya gejala psikotik yang jelas pada seseorang dalam keadaan subkronik.
- d. Kronik dengan eksaserbasi kronik, yaitu timbul ulangnya gejala psikotik yang jelas pada seseorang dalam keadaan kronik.
- e. Dalam keadaan remisi, yaitu keadaan yang sama sekali tidak menunjukkan gejala – gejala penyakit, terlepas apakah tidak menurunkan gejala- gejala penyakit, terlepas apakah pasien memakai obat atau tidak.

Menurut Yosep (2014) dalam otak terdapat milyaran sambungan sel. Setiap sambungan sel menjadi tempat untuk meneruskan atau menerima pesan dari sambungan sel yang lain. Sambungan sel tersebut melepaskan zat kimia yang disebut neurotransmitter yang membawa pesan dari ujung sambungan sel yang satu ke ujung sambungan sel yang lain. Di dalam otak yang terserang skizofrenia, terdapat kesalahan atau kerusakan pada sistem komunikasi tersebut. 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 saat itu. Pada otak pasien skizofrenia sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju. Kerusakan yang perlahan-lahan ini akhirnya menjadi skizofrenia yang tersembunyi dan berbahaya.

Neurotransmitter menghubungkan antara daerah korteks frontal dan sistem limbik (dalam lobul temporal), khususnya dopamin, serotonin dan glutamat. Perilaku psikotik berhubungan dengan lesi otak di daerah frontal, temporal, limbik, dan disregulasi sistem neurotransmitter. Dopamin terlibat lebih lama dari zat kimia lainnya dalam studi neurotransmitter skizofrenia. Hal ini karena telah lama diketahui bahwa pikiran mengubah obat – obatan seperti amfetamin dan kokain meningkatkan tingkat dopamin otak dan menghasilkan gangguan jiwa. Dopamin penting dalam proses stress dan memiliki banyak koneksi ke sistem limbik. Dopamin ditemukan dalam tiga bagian otak, yaitu ; substansia nigra motor tengah, yang mempengaruhi gerakan dan koordinasi, otak tengah yang melibatkan emosi dan memori, dan koneksi hipotalamus – pituitari. Serotonin juga telah berimplikasi pada skizofrenia. Serotonin memiliki efek modulasi pada dopamin. Generasi pertama obat antipsikotik atipikal adalah kombinasi serotonin atau agen yang menghalangi dopamin, menjelaskan keberhasilan dengan antipsikotik.

Glutamat adalah neurotransmitter utama pada otak. Penelitian tentang pengaruh PCP (*phencyclidine*), sebuah obat yang tampaknya meniru gejala skizofrenia pada *volunteers* normal, telah menyebabkan pemahaman yang lebih baik tentang bagaimana glutamat berinteraksi dengan dopamin. Fungsi kompleks reseptor utama glutamat yaitu N-metil-d-aspartat (NMDA) terganggu oleh PCP. Sistem komunikasi otak ditemukan menjadi abnormal pada korteks prefrontal dan

thalamus dalam studi postmortem orang dengan skizofrenia (Stuart, 2016).

4. Manifestasi

Secara umum gejala serangan skizofrenia diklasifikasikan menjadi dua, yaitu gejala positif dan gejala negatif (Keliat, 2013).

a. Gejala Positif

1) Waham

Keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan, dan disampaikan berulang - ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).

2) Halusinasi

Gangguan sensori persepsi panca indra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman, perabaan dan pengecap).

3) Perubahan arus pikir

a) Arus pikir terputus, dalam pembicaraan tiba - tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan

b) Inkoheren, berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau)

c) Neologisme, menggunakan kata - kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri, tetapi tidak dimengerti orang lain.

d) Perubahan perilaku, hiperaktif, agitasi dan iritabilitas.

b. Gejala Negatif

1) Sikap masa bodoh (apatis)

2) Pembicaraan terhenti tiba - tiba (*blocking*)

3) Menarik diri dari pergaulan sosial (isolasi sosial)

4) Menurunnya kinerja atau aktivitas sehari - hari

5. Klasifikasi Skizofrenia

Skizofrenia dapat dikelompokkan kedalam delapan kelompok skizofrenia yaitu (Elvira, 2013) :

a. Skizofrenia Paranoid

Tipe ini adalah tipe yang paling stabil dan sering. Biasanya muncul lebih lambat dari pada tipe lain. Gejala lebih konsisten dan pasien dapat bertindak sesuai atau tidak dengan wahamnya. Pasien mungkin marah-marah, ketakutan, mungkin agresif, tetapi jarang sekali menunjukkan perilaku disorganisasi. Waham dan halusinasi menonjol pada tipe ini tetapi afek dan pembicaraan biasanya hampir tidak terpengaruh sama sekali. Contoh waham yang biasa muncul pada tipe ini adalah waham kejar, rujukan kebesaran, dikendalikan, dipengaruhi, atau cemburu. Sedangkan contoh halusinasi yang biasa muncul berupa ancaman, perintah, atau menghina pasien.

b. Skizofrenia Disorganisasi

Gejala yang muncul adalah:

- 1) Afek tumpul atau tak serasi
- 2) Sering inkoheren
- 3) Waham tak sistematis
- 4) Perilaku disorganisasi seperti menyeringai

c. Skizofrenia katatonik

Pasien dengan skizofrenia tipe katatonik paling tidak mengalami satu atau kombinasi dari beberapa bentuk katatonia :

- 1) Stupor katatonik atau mutisme yaitu pasien menyadari hal-hal yang terjadi dilingkungan maupun orang lain.
- 2) Negativism katatonik yaitu pasien melawan semua perintah atau usaha untuk menggerakkan anggota fisiknya.
- 3) Rigiditas katatonik yaitu secara fisik pasien sangat kaku atau rigit.
- 4) Postur katatonik yaitu pasien mempertahankan suatu posisi yang tak biasa atau aneh.

5) Kegembiraan katatonik yaitu pasien sangat aktif dan gembira. Kemungkinan dapat mengancam jiwanya (misalnya, karena kelelahan).

d. Skizofrenia tak terinci

Pasien mempunyai gejala yang tidak khas seperti halusinasi, waham, dan gejala-gejala psikosis aktif lainnya yang menonjol (misalnya; kebingungan, inkoheren) atau memenuhi kriteria skizofrenia tetapi tidak dapat digolongkan ke dalam tipe lainnya.

e. Skizofrenia residual

Pasien dalam keadaan remisi dari keadaan akut tetapi masih menunjukkan gejala-gejala sisa (penarikan diri dari lingkungan sosial, afek datar atau tak serasi, perilaku eksentrik, asosiasi melonggar, atau pikiran tak logis).

f. Depresi pasca skizofrenia

Suatu periode depresif yang terjadi setelah awitan skizofrenia. Pasien masih memiliki beberapa gejala tetapi tidak mendominasi gejala klinis. Biasanya gejala sisa berupa gejala negatif. Sebagai pedoman diagnostik adalah :

- 1) Pasien telah menderita skizofrenia selama 12 bulan.
- 2) Beberapa gejala skizofrenia masih ada.
- 3) Gejala depresif lebih menonjol dan mengganggu, memenuhi sedikitnya untuk satu periode depresif dan berlangsung minimal dua minggu.

g. Skizofrenia simpleks

Suatu diagnosis yang sulit dibuat secara nyata karena bergantung pada kepastian perkembangan yang perlahan dan progresif dari gejala negatif skizofrenia residual tetapi tidak disertai dengan halusinasi, waham, atau manifestasi lainnya.

h. Skizofrenia lainnya

Skizofrenia lainnya yang dimaksudkan adalah termasuk skizofrenia senestopatik, gangguan skizoform YTT, skizofrenia siklik, laten,

dan gangguan lir-skizofrenia akut. Pada skizofrenia tak tergolongkan tidak terdapat ciri-ciri yang spesifik.

6. Pengobatan Skizofrenia

Pengobatan meliputi antipsikotik tipikal dan atipikal (Stuart, 2016) :

a. Psikofarmakologi

1) Obat Golongan Antipsikotik Atipikal

Meliputi: klozapin, olanzapin, risperidon, quetapin. Obat antipsikotik atipikal merupakan generasi baru dengan fokus bukan hanya pada neurotransmitter dopamin saja, namun juga pada yang lainnya seperti serotonin, norepinefrin, dan lainnya. Antipsikotik atipikal tidak hanya mengurangi gejala psikotik, tetapi untuk banyak pasien, obat-obatan ini juga mengurangi tanda-tanda negatif seperti tidak memiliki kemampuan dan motivasi, menarik diri dari masyarakat, dan anhedonia. Antipsikotik ini bekerja dengan menstabilkan senyawa alami otak yang mengendalikan pola pikir, perasaan, dan perilaku., clozapine bekerja dengan cara menyeimbangkan dan menekan efek dari reaksi kimia yang terjadi di dalam otak sehingga membantu mengurangi gejala psikosis, quetiapine dikenal sebagai obat anti-psikotik (tipe atipikal) bekerja dengan membantu mengembalikan keseimbangan zat alami tertentu (neurotransmitter) di otak, obat ini dapat mengurangi halusinasi. Obat antipsikotik atipikal merupakan lini pertama dalam pengobatan skizofrenia karena efek samping yang ditimbulkan cenderung lebih kecil.

2) Obat Golongan Antipsikotik Tipikal

Obat antipsikotik atipikal adalah antagonis dopamin dan antagonis serotonin. Obat antipsikotik tipikal adalah obat yang bekerja dengan cara menghambat reseptor dopamin D2. Contoh

obat-obat yang termasuk dalam antipsikotik tipikal adalah clorpromazine, fluphenazine, fluphenazine decanoate, haloperidol, haloperidol decanoate, loxapine, mesoridazine, molindone, perphenazine, pimozidi, prochlorperazine, thioridazine, thiothizene, dan trifluoperazine.

Efek utama obat antipsikotik adalah menyupresi gejala psikotik seperti gangguan proses pikir (waham), gangguan persepsi (halusinasi), aktivitas psikomotor yang berlebihan (agresivitas), dan juga memiliki efek sedative serta efek samping ekstrapiramidal (Yusuf, 2015).

b. Psikoterapi

Selain diberikan obat-obat terapi medikamentosa pasien juga dilakukan terapi nonmedikamentosa yaitu psikoterapi dan psikoedukasi yang dianjurkan setelah pasien tenang dengan pemberian dukungan pada pasien dan keluarga agar mempercepat penyembuhan pasien dan diperlukan rehabilitasi yang disesuaikan dengan psikiatrik serta minat dan bakat penderita sehingga bisa dipilih metode yang sesuai untuk pasien tersebut (Hendarsyah, 2016).

c. Terapi psikososial

Menurut Kaplan (2010) mengatakan selain dengan obat-obatan, untuk mendukung pemulihan penderita skizofrenia juga memerlukan terapi psikososial, seperti:

- 1) *Social skills training* yang fokusnya pada pelatihan ketrampilan komunikasi dan interaksi sosial.
- 2) *Family therapy* (terapi keluarga) dengan memberi informasi kepada keluarga tentang caranya mendukung pemulihan penderita skizofrenia.

- 3) *Vocational rehabilitation dan supported employment*, dimana pelatihan kerja diberikan dan juga dukungan psikososial selama sang penderita bekerja
- 4) *Individual therapy* dimana penderita belajar tentang cara mencegah kambuh dan belajar mengatasi penyakitnya.
- 5) Terapi perilaku kognitif untuk memperbaiki distorsi kognitif, mengurangi distraktibilitas, serta mengoreksi kesalahan daya nilai.

B. Konsep Halusinasi

1. Definisi Halusinasi

Halusinasi adalah gejala gangguan jiwa berupa respons panca indra yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan, dan pengecapan terhadap sumber yang tidak nyata (Keliat, 2015).

Halusinasi merupakan suatu gejala gangguan jiwa dimana pasien merasakan suatu stimulus yang sebenarnya tidak ada. Pasien mengalami perubahan sensori persepsi ; merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, pengecapan, perabaan, dan penciuman (Sutejo, 2018).

2. Psikodinamika

a. Etiologi Halusinasi

Menurut Stuart (2015), faktor-faktor yang menyebabkan pasien gangguan jiwa mengalami halusinasi adalah sebagai berikut :

1) Faktor Predisposisi

a) Faktor genetik

Secara genetik, skizofrenia diturunkan melalui kromosom-kromosom tertentu. Namun demikian, kromosom ke berapa yang 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 dizigote, peluangnya sebesar 15%. Seorang anak yang salah satu orang tuanya mengalami skizofrenia berpeluang 15% mengalami skizofrenia, sementara bila kedua orang tuanya skizofrenia maka peluangnya 35 %.

b) Faktor Neurobiologis

Pasien skizofrenia mengalami penurunan volume dan fungsi otak yang abnormal. Neurotransmitter juga ditemukan tidak normal, khususnya dopamin, serotonin, dan glutamat.

(1) Studi neurotransmitter

Skizofrenia diduga juga disebabkan oleh adanya ketidakseimbangan neurotransmitter. Dopamin berlebihan, tidak seimbang dengan kadar serotonin.

(2) Psikologis

Beberapa kondisi psikologis yang menjadi faktor predisposisi skizofrenia antara lain anak yang diperlakukan oleh ibu yang pencemas, terlalu melindungi, dingin, dan tak berperasaan, sementara ayah yang mengambil jarak dengan anaknya.

2) Faktor Presipitasi

- a) Berlebihannya proses informasi pada sistem saraf yang menerima dan memproses informasi di thalamus dan frontal otak.
- b) Obat-obat sistem syaraf pusat, kurangnya latihan, hambatan untuk menjangkau pelayanan kesehatan.
- c) Lingkungan, meliputi : lingkungan yang memusuhi, krisis masalah di rumah tangga, kehilangan kebebasan hidup, perubahan kebiasaan hidup, pola aktivitas sehari-hari, kesukaran dalam hubungan dengan orang lain, isolasi sosial,

kurangnya dukungan sosial, tekanan kerja, kurang ketrampilan dalam bekerja, stigmatisasi, kemiskinan, ketidakmampuan mendapat pekerjaan.

- d) Sikap/perilaku, meliputi : merasa tidak mampu, harga diri rendah, putus asa, tidak percaya diri, merasa gagal, kehilangan kendali diri, merasa punya kekuatan berlebihan, merasa malang, bertindak tidak seperti orang lain dari segi usia maupun kebudayaan, rendahnya kemampuan sosialisasi, perilaku agresif, ketidakadekuatan pengobatan, ketidakadekuatan penanganan gejala.

b. Proses Penyakit

Menurut Stuart (2013), membagi fase halusinasi dalam 4 fase berdasarkan tingkat ansietas yang dialami dan kemampuan pasien mengendalikan dirinya. Semakin berat fase halusinasi, pasien semakin berat mengalami ansietas dan makin dikendalikan oleh halusinasinya.

1) Fase 1 : *Comforting Severe Level of Anxiety*

Ansietas tingkat sedang, secara umum, halusinasi bersifat menyenangkan. Pasien mengalami keadaan emosi seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah, dan takut serta mencoba untuk berfokus pada penenangan pikiran untuk mengurangi ansietas. Individu mengetahui bahwa pikiran dan pengalaman sensori yang dialaminya tersebut dapat dikendalikan jika ansietasnya bisa diatasi (Non psikotik). Perilaku pasien pada tahap ini menyeringai atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa menimbulkan suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasyikkan.

2) Fase 2 : *Comdemning Severe Level of Anxiety*

Ansietas tingkat berat, secara umum, halusinasi menjadi menjijikkan. Pengalaman sensori bersifat menjijikkan dan menakutkan, pasien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba untuk menjauhkan dirinya dengan sumber yang dipersepsikan. Pasien mungkin merasa malu karena pengalaman sensorinya dan menarik diri dari orang lain (psikotik ringan). Perilaku pasien pada tahap ini menunjukkan ansietas seperti peningkatan nadi, pernafasan, dan tekanan darah; penyempitan kemampuan konsentrasi, dipenuhi dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan antara halusinasi dengan realita.

3) Fase 3 : *Controlling Severe Level of Anxiety*

Ansietas tingkat berat, pengalaman sensori menjadi berkuasa. Pasien berhenti menghentikan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut. Isi halusinasi menjadi menarik, dapat berupa permohonan. Pasien mungkin mengalmi kesepian jika pengalaman sensori tersebut berakhir (psikotik). Perilaku pasien pada tahap ini cenderung mengikuti petunjuk yang diberikan halusinasinya daripada menolaknya, kesukaran berhubungan dengan orang lain, rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit, adanya tanda-tanda fisik ansietas berat : berkeringat, tremor, tidak mampu mengikuti petunjuk.

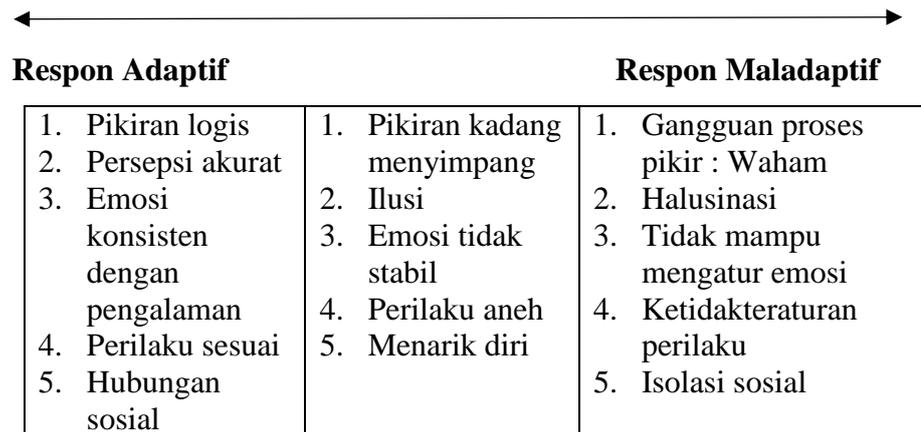
4) Fase 4 : *Conquering Panic Level of Anxiety*

Panik, umumnya halusinasi menjadi lebih rumit, melebur dalam halusinasinya. Pengalaman sensori menjadi mengancam dan menakutkan jika klien tidak mengikuti perintah (psikotik berat). Perilaku menyerang-teror seperti panik, berpotensi kuat melakukan bunuh diri atau membunuh orang lain, aktivitas fisik yang merefleksikan isi halusinasi seperti amuk, agitasi, menarik diri, atau katatonia, tidak mampu berespon terhadap perintah

yang kompleks, tidak mampu berespon terhadap lebih dari satu orang.

c. Rentang Respon

Rentang respon neurobiologis menurut (Sutejo, 2018).



Respon Adaptif		Respon Maladaptif
1. Pikiran logis	1. Pikiran kadang menyimpang	1. Gangguan proses pikir : Waham
2. Persepsi akurat	2. Ilusi	2. Halusinasi
3. Emosi konsisten dengan pengalaman	3. Emosi tidak stabil	3. Tidak mampu mengatur emosi
4. Perilaku sesuai	4. Perilaku aneh	4. Ketidakteraturan perilaku
5. Hubungan sosial	5. Menarik diri	5. Isolasi sosial

Gambar 2.1 Rentang Respon Halusinasi

1) Respon Adaptif

Adalah respon yang dapat diterima oleh norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut. Respon adaptif meliputi:

- a) Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.
- b) Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada suatu keadaan.
- c) Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli.
- d) Perilaku sosial adalah sikap tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran

- e) Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

2) Respon Psikososial

- a) Pikiran kadang menyimpang
- b) Ilusi adalah missinterpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera.
- c) Emosi tidak stabil
- d) Menarik diri merupakan percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.
- e) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.

3) Respon Maladaptif

Respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptif meliputi :

- a) Gangguan proses pikir, waham adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan.
- b) Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
- c) Tidak mampu mengatur emosi
- d) Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

d. Tanda dan Gejala Halusinasi

Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien. Adapun tanda dan gejala pasien halusinasi menurut (Yusalia, 2015) adalah :

1) Halusinasi Pendengaran

Mendengar suara-suara atau kebisingan, paling sering suara kata yang jelas, berbicara dengan pasien bahkan sampai percakapan lengkap antara dua orang yang mengalami halusinasi. Pikiran yang terdengar jelas dimana pasien mendengar perkataan bahwa pasien disuruh untuk melakukan sesuatu kadang-kadang dapat membahayakan.

2) Halusinasi Penciuman

Membau bau - bau seperti bau darah, urine, fases umumnya bau - bau yang tidak menyenangkan.

3) Halusinasi Penglihatan

Stimulus penglihatan dalam kilatan cahaya, gambar geometris, gambar karton dan atau panorama yang luas dan kompleks. Penglihatan dapat berupa sesuatu yang menyenangkan atau sesuatu yang menakutkan seperti monster.

4) Halusinasi Pengecapan

Merasa mengecap rasa seperti rasa darah, urine, fases.

5) Halusinasi Perabaan

Mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas rasa tersetrum listrik yang datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

3. Jenis Halusinasi

Menurut (Yusalia, 2015), jenis halusinasi antara lain :

a. Halusinasi Pendengaran (*auditorik*)

Karakteristik ditandai dengan mendengar suara, terutama suara – suara orang, biasanya pasien mendengar suara orang yang sedang

membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

b. Halusinasi Penglihatan

Karakteristik dengan adanya stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambaran geometrik, gambar kartun dan atau panorama yang luas dan kompleks. Penglihatan bisa menyenangkan atau menakutkan.

c. Halusinasi Penghidu (*olfactory*)

Karakteristik ditandai dengan adanya bau busuk, amis dan bau yang menjijikkan seperti: darah, urine atau feses. Kadang – kadang terhidu bau harum.

d. Halusinasi Peraba (*tactile*)

Karakteristik ditandai dengan adanya rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat. Contoh : merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

e. Halusinasi Pengecap (*gustatory*)

Karakteristik ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis dan menjijikkan, merasa mengecap rasa seperti rasa darah, urin atau feses.

4. Penilaian Terhadap Stressor

Penilaian terhadap stressor meliputi arti dari pemahaman terhadap pengaruh situasi yang peuh dengan stress bagi individu. Penilaian terhadap stressor ini meliputi respon kognitif, afektif, perilaku, dan respon sosial. Penilaian adalah dihubungkan dengan evaluasi terhadap pentingnya suatu kejadian yang berhubungan dengan kondisi sehat (Yusuf, 2015).

a. Respon Kognitif

Aspek penilaian kognitif pada pasien dengan halusinasi yaitu mendengar suara-suara, melihat bayangan atau sinar, menghidu bau-bauan (bunga, parfum, kemenyan, darah, feses, urin), merasakan

rasa pahit, asem, asin di lidah, meraskan sensai tidak nyaman di kulit, ambivalen, tidak dapat memfokuskan pikiran, mudah lupa, tidak mampu mengambil keputusan, tidak mampu memecahkan masalah, tidak dapat berpikir logis, inkoheren, disorientasi, sirkumtansial, *flight of idea*, mendengar suara hati, *blocking* pikiran, daya tilik diri jelek.

b. Respon Afektif

Respon afektif adalah membangun perasaan. Aspek penilaian afektif pada pasien dengan halusinasi yaitu senang, sedih, merasa terganggu, marah - marah, ketakutan, khawatir, curiga, merasa terbelenggu atau terikat, afek datar atau tumpul.

c. Respon Fisiologis

Respon fisiologi melawan atau menghindari (*the fight or flight*) menstimulasi divisi simpatik dari sistem saraf otonomi dan meningkatkan aktivitas kelenjar adrenal. Aspek penilaian fisiologi pada pasien dengan halusinasi yaitu sulit tidur, kewaspadaan meningkat, denyut nadi meningkat, frekuensi pernapasan meningkat, muka tegang, keringat dingin, pusing, kelelahan atau keletihan.

d. Respon Perilaku

Respon perilaku merupakan hasil dari respon emosional dan fisiologi. Aspek penilaian pada pasien dengan halusinasi yaitu bicara sendiri, tertawa sendiri, menyeringai, menggerakkan bibir/komat-kamit, diam sambil menikmati halusinasinya, perilaku menyerang, kurang mampu merawat diri, perilaku mengikuti isi halusinasinya, memalingkan muka ke arah suara, menarik diri, penampilan tidak sesuai.

e. Respon Sosial

Aspek penilaian pada pasien dengan halusinasi yaitu tidak tertarik dengan kegiatan sehari-hari, tidak mampu berkomunikasi secara spontan, acuh terhadap lingkungan, tidak dapat memulai pembicaraan, tidak dapat mempertahankan kontak mata.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi

Proses keperawatan menurut (Yusuf, 2015) adalah proses yang terdiri 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Proses keperawatan meliputi :

1. Pengkajian Keperawatan

Faktor Predisposisi

a. Faktor sosial budaya

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

b. Faktor psikologis

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

c. Faktor biologis

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

Faktor Presipitasi

a. 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.

b. Faktor biokimia

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

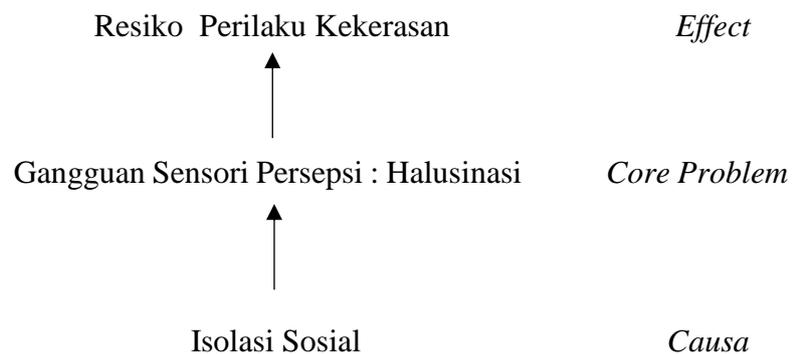
c. Faktor psikologis

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

d. Perilaku

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

2. Pohon Masalah dan Diagnosa Keperawatan



Gambar 2.2 Pohon Masalah Halusinasi

Diagnosa Keperawatan :

- a. Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi
- b. Isolasi Sosial
- c. Resiko Perilaku Kekerasan

3. Rencana Keperawatan

Menurut (Yusuf, 2015) menjelaskan bahwa rencana tindakan keperawatan terdiri atas empat komponen, yaitu tujuan umum, tujuan

husus, rencana tindakan keperawatan, dan rasional. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian masalah (P). Tujuan ini dapat dicapai jika tujuan khusus yang ditetapkan telah tercapai. Tujuan khusus berfokus pada penyelesaian Etiologi (E). Tujuan ini merupakan rumusan kemampuan pasien yang harus dicapai. Pada umumnya kemampuan ini terdiri atas tiga aspek, yaitu sebagai berikut: kemampuan kognitif diperlukan untuk menyelesaikan etiologi dari diagnosis keperawatan, kemampuan psikomotor diperlukan agar etiologi dapat selesai, kemampuan afektif perlu dimiliki agar pasien percaya akan kemampuan menyelesaikan masalah. Hal itu sesuai dengan kriteria SMART: S (*Spesific*) tujuan spesifik, M (*Measurable*) tujuan keperawatan dapat diukur, A (*Acheivable*) tujuan dapat dicapai, R (*Rasionable*) tujuan dapat dipertanggungjawabkan, dan T (*Time*) tujuan harus memiliki batasan waktu.

Menurut (Keliat, 2015), perencanaan keperawatan yang dapat dirumuskan pada pasien dengan halusinasi meliputi tindakan keperawatan halusinasi (individu), gangguan sensori persepsi : halusinasi tidakan keperawatan halusinasi (keluarga), dan terapi aktivitas kelompok (TAK).

1. Rencana Tindakan Keperawatan untuk Pasien

Tujuan Umum : Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan menghardik.

a. Lakukan Strategi Pelaksanaan (SP) 1 :

Setelah dilakukan selama.....pertemuan pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik.

1) Bina Hubungan Saling Percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik :

- a) Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal
- b) Perkenalkan diri dengan sopan

- c) Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien
 - d) Jelaskan tujuan pertemuan
 - e) Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya
 - f) Beri perhatian kepada pasien dan perhatian kebutuhan dasar pasien
- 2) Identifikasi Halusinasi : jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respons dan upaya
 - 3) Jelaskan cara mengontrol halusinasi : menghardik
 - 4) Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik
 - 5) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latih cara menghardik
 - 6) Membantu pasien mengenali halusinasi dengan cara berdiskusi dengan pasien tentang isi halusinasi (apa yang didengar/dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi, terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, dan respons pasien saat halusinasi muncul.
 - 7) Melatih pasien mengontrol halusinasi. Untuk membantu pasien agar mampu mengontrol halusinasi, Anda dapat melatih pasien empat cara yang sudah terbukti dapat mengendalikan halusinasi, yaitu dengan menghardik. Menghardik halusinasi adalah upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang. Pasien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memedulikan halusinasinya. Kalau ini dapat dilakukan, pasien akan mampu mengendalikan diri dan tidak mengikuti halusinasi yang muncul. Mungkin halusinasi tetap ada namun dengan kemampuan ini pasien tidak akan larut

untuk menuruti apa yang ada dalam halusinasinya. Tahapan tindakan meliputi :

- (1) Menjelaskan cara menghardik halusinasi.
- (2) Memperagakan cara menghardik.
- (3) Meminta pasien memperagakan ulang.
- (4) Memantau penerapan cara ini, menguatkan perilaku pasien.

b. Lakukan Strategi Pelaksanaan (SP) 2 :

Tujuan Umum : Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan minum obat prinsip 6 benar.

Setelah dilakukan selama.....pertemuan pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara patuh minum obat

- 1) Bina Hubungan Saling Percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik :
 - a) Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal
 - b) Perkenalkan diri dengan sopan
 - c) Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien
 - d) Jelaskan tujuan pertemuan
 - e) Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya
 - f) Beri perhatian kepada pasien dan perhatian kebutuhan dasar pasien
- 2) Evaluasi tanda dan gejala halusinasi : jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respons dan upaya
- 3) Evaluasi kegiatan latihan menghardik beri pujian
- 4) Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan 6 benar minum obat)

5) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latih menghardik dan minum obat. Menggunakan obat secara teratur. Untuk mampu mengontrol halusinasi pasien juga harus dilatih untuk menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program. Berikut ini tindakan keperawatan agar pasien patuh menggunakan obat :

- (1) Jelaskan kegunaan obat.
- (2) Jelaskan akibat putus obat.
- (3) Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat.
- (4) Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 6 benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu, benar dosis dan kadaluarsa).

c. Lakukan Strategi Pelaksanaan (SP 3) :

Tujuan Umum : Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap bersama orang lain.

Setelah dilakukan selama..... pertemuan pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap – cakap bersama orang lain.

- 1) Bina Hubungan Saling Percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik :
 - a) Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal
 - b) Perkenalkan diri dengan sopan
 - c) Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien
 - d) Jelaskan tujuan pertemuan
 - e) Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya
 - f) Beri perhatian kepada pasien dan perhatian kebutuhan dasar pasien

- 2) Evaluasi tanda dan gejala halusinasi : jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respons dan upaya
 - 3) Evaluasi kegiatan latihan menghardik dan minum obat berpujian
 - 4) Mendemonstrasikan cara bercakap – cakap
 - 5) Meminta pasien memperagakan kembali atau redemonstrasi
 - 6) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk menghardik, minum obat, dan bercakap – cakap.
 - 7) Bercakap-cakap dengan orang lain. Untuk mengontrol halusinasi dapat juga dengan bercakap - cakap dengan orang lain. Ketika pasien bercakap - cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi, fokus perhatian pasien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain tersebut. Sehingga salah satu cara yang efektif untuk mengontrol halusinasi adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain.
- d. Lakukan Strategi Pelaksanaan (SP) 4 :
- Tujuan Umum : Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan atau aktivitas.
- Setelah dilakukan selama..... pertemuan pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara melakukan aktivitas yang terjadwal atau kegiatan yang disenangi.
- 1) Bina Hubungan Saling Percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik :
 - a) Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal
 - b) Perkenalkan diri dengan sopan
 - c) Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien
 - d) Jelaskan tujuan pertemuan

- e) Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya
 - f) Beri perhatian kepada pasien dan perhatian kebutuhan dasar pasien
- 2) Evaluasi tanda dan gejala halusinasi : jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respons dan upaya
 - 3) Evaluasi kegiatan latihan menghardik, minum obat dan bercakap – cakap beri pujian
 - 4) Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengontrol halusinasi
 - 5) Mendiskusikan aktivitas yang bisa dilakukan oleh pasien
 - 6) Melatih pasien melakukan aktivitas
 - 7) Menyusun jadwal kegiatan sehari – hari sesuai dengan aktivitas yang sudah dilatih
 - 8) Upayakan pasien mempunyai aktivitas dari bangun pagi sampai tidur malam memantau pelaksanaan kegiatan, memberikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif.
 - 9) Memantau pelaksanaan kegiatan, memberikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif
 - 10) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latih menghardik, minum obat, bercakap – cakap dan melakukan kegiatan.

2. Tindakan Keperawatan untuk Keluarga

a. Tujuan

- 1) Keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien baik di rumah sakit maupun di rumah.

2) Keluarga dapat menjadi sistem pendukung yang efektif untuk pasien

b. Tindakan keperawatan

1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien.

2) Berikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi, serta cara merawat pasien halusinasi.

3) Berikan kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat pasien dengan halusinasi langsung di hadapan pasien.

4) Buat perencanaan pulang dengan keluarga

3. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

Menurut (Yusuf, 2015) menjelaskan bahwa terapi aktivitas kelompok (TAK) merupakan terapi yang bertujuan mengubah perilaku pasien dengan memanfaatkan dinamika kelompok. Cara ini cukup efektif karena di dalam kelompok akan terjadi interaksi satu dengan yang lain, saling mempengaruhi, saling bergantung, dan terjalin satu persetujuan norma yang diakui bersama, sehingga terbentuk suatu sistem sosial yang khas yang di dalamnya terdapat interaksi, interelasi, dan interdependensi.

a. Tujuan terapi aktivitas kelompok

1) Terapeutik

Meningkatkan kemampuan pasien, memfasilitasi proses interaksi, membangkitkan motivasi untuk kemajuan fungsi kognitif dan afektif, serta mempelajari cara baru dalam mengatasi masalah dan melakukan sosialisasi.

2) Rehabilitatif

Meningkatkan kemampuan mengekspresikan diri, kemampuan berempati, meningkatkan kemampuan sosial, serta tanggung jawabnya dalam hubungan interpersonal.

b. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

Stimulasi persepsi mengontrol halusinasi pasien dilatih untuk dapat mengenal halusinasi yang dialaminya dan dilatih cara mengontrol halusinasi. Kemampuan persepsi pasien dievaluasi dan ditingkatkan pada tiap sesi. Dalam proses ini, respons pasien terhadap berbagai stimulus dalam kehidupan diharapkan menjadi adaptif. Aktivitas yang diberikan yaitu sebagai berikut :

- 1) Sesi I : mengenal halusinasi
- 2) Sesi II : mengontrol halusinasi dengan menghardik
- 3) Sesi III : mengontrol halusinasi dengan menyusun jadwal kegiatan
- 4) Sesi IV : mengontrol halusinasi dengan minum obat yang benar
- 5) Sesi V : mengontrol halusinasi dengan bercakap - cakap

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012). Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan pasien sesuai dengan kondisinya. Pada saat melakukan tindakan perawat harus melakukan kontrak terlebih dahulu dengan pasien tentang apa yang akan dikerjakan dan peran serta yang diharapkan dari pasien. Setelah melakukan tindakan perawat harus mendokumentasikan semua tindakan yang telah

dilaksanakan berserta respon pasien. Teknik komunikasi terbagi atas 2 macam yaitu :

a. Komunikasi Interpersonal

Komunikasi interpersonal merupakan suatu komunikasi yang terjadi antara individu, tentunya komunikasi yang dilakukan antar individu tersebut dilakukan untuk mencapai sebuah makna. Melakukan suatu komunikasi interpersonal, pasien atau perawat di dalamnya harus berpikir lebih luas dalam hal berkomunikasi, tidak hanya memikirkan apa yang ingin disampaikan saja namun lebih kepada membangun hubungan agar pesan yang tersampaikan lebih efektif. Menurut (Rahkmat, 2012), makin baik hubungan interpersonal makin terbuka pasien yang mengungkapkan perasaannya makin cenderung ia meneliti perasaan secara mendalam beserta penolongnya, makin cenderung ia mendengar dengan penuh perhatian dan bertindak atas nasihat yang diberikan penolongnya.

b. Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik merupakan suatu komunikasi yang sangat memperhatikan kemampuan berbahasa, karena sifatnya yang ditujukan untuk memberi terapi kepada pasien. Komunikasi terapeutik sendiri merupakan bagian dari komunikasi interpersonal dalam dunia kesehatan khususnya bidang keperawatan yang membutuhkan rasa percaya/kepercayaan (*trust*), sikap suportif (*supportiveness*), dan sikap terbuka (*open minded*) dari masing - masing pihak. Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang dilakukan oleh perawat, direncanakan secara sadar dengan tujuan dan kegiatan difokuskan untuk menyembuhkan pasien. Oleh karena itu, dalam menyampaikan pesan komunikasi terapeutik dibutuhkan kehati-hatian, karena menyentuh psikologis seseorang dan harus memahami kondisi lawan bicara atau seseorang yang ingin diberi terapi (pasien). Seorang perawat harus memiliki keterampilan

komunikasi terapeutik. Dengan keterampilan tersebut seorang perawat akan mudah membangun kepercayaan terhadap pasien, yang pada akhirnya mencapai tujuan keperawatan sehingga pasien mudah memahami dan mengikuti proses terapi, pada akhirnya memberikan kesembuhan pada pasien itu sendiri.

Berikut adalah teknik – teknik komunikasi terapeutik yang dapat diterapkan pada pasien menurut (Prabowo, 2014) :

1) Mendengarkan dengan aktif (*active listening*)

Menjadi pendengar yang baik merupakan keterampilan dasar dalam melakukan hubungan antara pasien dan perawat. Dengan demikian perawat dapat mengetahui perasaan dan pikiran pasien. Selama mendengarkan, secara aktif perawat mengikuti apa yang dibicarakan pasien dan memperhatikan perhatiannya. Perawat memberikan tanggapan dengan tepat dan tidak memotong pembicaraan pasien. Tunjukkan perhatian bahwa perawat mempunyai waktu untuk mendengarkan.

2) Memberi kesempatan pada pasien untuk memulai pembicaraan

Memberi kesempatan pada pasien untuk mengambil inisiatif dalam memilih topik pembicaraan. Ciptakan suasana dimana pasien merasa terlibat penuh dalam suatu pembicaraan. Bagi pasien yang merasa ragu – ragu dan tidak pasti tentang peranannya dalam suatu interaksi, perawat dapat mengarahkan pasiennya.

3) Memberikan penghargaan

Memberikan salam kepada pasien dengan menyebutkan namanya, menunjukkan kesadaran tentang perubahan yang terjadi, menghargai pasien sebagai manusia seutuhnya yang mempunyai hak dan tanggung jawab atas dirinya sendiri sebagai individu.

4) Mengulang kembali

Perawat mengulang sebagian pertanyaan pasien dengan menggunakan kata – kata sendiri, yang menunjukkan bahwa perawat mendengar apa yang dikatakan atau yang dikemukakan pasien. Apabila isi pikirnya tidak dimengerti maka pasien dapat mengulang kembali apa yang pernah diucapkannya, sehingga menjadi jelas.

5) Refleksi

Perawat mengulang kembali apa yang dibicarakan pasien untuk menunjukkan bahwa perawat mendengar dan mengerti apa yang dibicarakan pasien. Refleksi ini memberi kesempatan pada pasien untuk memahami sikapnya sendiri, mengerti perasaan dan kebingungan, keragu – ragan serta persepsinya yang benar, diungkapkan oleh orang lain dengan caranya sendiri. Teknik ini digunakan untuk membantu pasien dalam membantu pasien dalam mengungkapkan masalahnya agar menjadi lebih jelas.

6) Klarifikasi

Menjelaskan kembali ungkapan pikiran yang dikemukakan pasien yang kurang jelas bagi perawat, agar tidak terjadi salah pengertian.

7) Mengarahkan pembicaraan

Perawat membantu pasien untuk memfokuskan pembicaraan agar lebih spesifik dan terarah.

8) Membagi persepsi

Perawat mengungkapkan persepsinya dengan pasien.

9) Diam (Diam yang positif)

Diam yang positif dan penuh penerimaan merupakan media terapeutik harga karena dapat memotivasi pasien untuk berbicara, mengarahkan isi pikirannya kepada masalah yang dialaminya.

10) Memberi informasi

Memberikan informasi kepada pasien mengenai hal – hal yang tidak atau belum diketahuinya atau bila pasien bertanya memberikan informasi.

11) Memberi saran

Merupakan teknik komunikasi yang baik bila digunakan pada waktu yang tepat dan cara yang konstruktif, sehingga pasien bisa memilih.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dapat dibagi menjadi dua yaitu evaluasi proses dan evaluasi somatif. Evaluasi proses atau formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama tindakan untuk menilai bagaimana proses pelaksanaan tindakan keperawatan baik dengan adanya hambatan ataupun tidak. Evaluasi somatif atau hasil adalah evaluasi yang dilakukan untuk menilai atau membandingkan respon pasien dengan tujuan umum maupun khusus tindakan tersebut.

Menurut (Yusuf, 2015) menjelaskan evaluasi keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah perawat lakukan untuk pasien halusinasi adalah sebagai berikut :

a. Subyektif

Respon subyektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

b. Obyektif

Respon obyektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

c. Analisa Data

Analisa ulang terhadap data subyektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau ada data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada.

d. Planning

Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respons pasien.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 7 Januari 2020 di Rumah Sakit Duren Sawit ruang Berry. Perawat mendapatkan informasi dari pasien melalui wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik.

1. Identitas Pasien

Pasien dengan inisial nama Ny. L (50 tahun), jenis kelamin perempuan, status belum menikah, agama Buddha, suku Jawa, pendidikan terakhir Sekolah Menengah Pertama (SMP), pasien tinggal di Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa 3 Daan Mogot.

2. Alasan Masuk

Pasien masuk Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa 3 Daan Mogot pada bulan agustus 2019. Lalu pada tanggal 31 Desember 2019 pasien dibawa ke Rumah Sakit Duren Sawit oleh petugas panti. Petugas panti mengatakan bahwa pasien suka menyendiri, suka bolak – balik main air sambil basahin kepala.

3. Faktor Predisposisi

a. Biologis

Pasien sudah pernah dirawat di Rumah Sakit Duren Sawit sebanyak 4 kali yaitu pada tahun 2016, 2017, 2018, dan 2019. Pasien tidak mempunyai riwayat napza atau alkohol, tidak mempunyai riwayat kejang, tidak ada anggota keluarga yang gangguan jiwa.

b. Psikologis

Pasien tidak pernah terlibat dalam kasus penganiayaan seksual baik sebagai pelaku maupun korban, tidak pernah mengalami

penganiayaan fisik sebagai pelaku maupun korban, dan tidak pernah terlibat dalam tindakan kriminal baik sebagai pelaku maupun korban. Pasien mengatakan dirinya tinggal bersama dengan ibunya di Jembatan Lima sampai tahun 1997. Selama tinggal dengan ibunya, pasien tidak bekerja dan mendapatkan uang dari saudara – saudaranya, semua perkataan pasien dituruti oleh ibunya.

Ibu pasien meninggal pada tahun 1997 dikarenakan memiliki penyakit jantung. Setelah ibunya meninggal pasien merasa sangat kehilangan dan pasien tinggal sendirian di rumah. Saudara pasien menjual rumah tersebut dan uang dari hasil penjualan rumah tersebut dibagi rata, tetapi pasien tidak mendapatkan bagian. Lalu pada tahun 1999 pasien dipindahkan oleh saudaranya ke Tangerang dan tinggal di kontrakan sampai tahun 2000. Selama tinggal di Tangerang pasien tinggal sendirian dan tidak bekerja, setiap minggu pasien diberikan uang oleh kakaknya untuk makan. Pasien dipindahkan lagi pada tahun 2000 ke Sekolah Pancaran Berkat untuk bekerja di sekolah tersebut sebagai penjaga perpustakaan dan tinggal di loteng sekolah selama 3 tahun. Saudara – saudara pasien tidak ada yang peduli dengan keadaannya dan tidak ada yang mau menerima pasien tinggal dirumahnya.

c. Sosialkultural

Pasien juga memiliki tingkat pendidikan yang rendah yaitu Sekolah Menengah Pertama (SMP) karena pasien belum sempat tamat di Sekolah Menengah Atas (SMA). Selama bekerja di sekolah pasien hanya memiliki satu teman yaitu petugas gereja. Pasien berhenti dari pekerjaannya tahun 2003 dikarenakan pasien merasa asing dengan lingkungannya dan tinggal di rumah petugas gereja. Pasien mengatakan setelah mengundurkan diri dari tempatnya bekerja pasien mulai mendengar suara bisikan, suara tidak jelas, muncul

sekitar 5 menit dan pasien hanya diam ketika suara bisikan tersebut muncul.

Pasien kembali bekerja pada tahun 2004, bekerja sebagai tukang bordir baju tidur di Taman Harapan Indah dan digaji 150.000/minggu. Selama bekerja disana pasien hanya memiliki dua teman saja dan tidak ingat namanya. Pasien mengatakan semenjak dirinya bekerja sudah tidak mendengar suara bisikan seperti dulu. Pasien bertahan dengan pekerjaannya sebagai tukang bordir baju sampai 2 tahun. Lalu pasien kembali lagi bekerja sebagai tukang buang benang jahitan tahun 2006 di Jembatan Besi. Pasien mengatakan hanya memiliki satu teman, pasien melihat bayangan perempuan dalam wujud kelelawar, bayangan muncul sekitar 10 menit dan ketika pasien sendirian, pasien hanya diam ketika bayangan tersebut muncul. Pasien bekerja sebagai tukang buang benang jahitan sampai 2013.

Ketika pasien sedang berada diluar rumah pada tanggal 28 November 2013 hari kamis pukul 21.30, pasien dibawa oleh petugas satpol PP ke panti dinas sosial di Kedoya Kembangan. Pasien mengatakan tidak mengetahui mengapa di bawa ke panti tersebut, selama di panti pasien suka menyendiri, diam, dan tidak mempunyai teman. Pasien tinggal di panti tersebut hanya 8 bulan dan dipindahkan ke panti laras 2 di Cipayung dari tahun 2014 sampai 2016. Pasien mengatakan dirinya mulai melakukan berbagai macam kegiatan seperti ; melipat dan menjemur baju yang nantinya akan dibayar 10.000/bulan dan pasien tidak mempunyai teman. Pasien dipindahkan lagi ke panti laras 1 di Cengkareng tahun 2017. Pasien mempunyai teman namanya ibu N, ibu I dan ibu K, pasien melihat bayangan perempuan dengan baju panjang menembus tembok, muncul ketika pasien sendirian dan malam hari. Pasien tinggal di

panti laras 1 hanya sampai tahun 2018. Lalu pasien dipindahkan lagi ke panti laras 3 di Daan Mogot pada bulan Mei 2019 sampai sekarang. Pasien mengatakan dirinya mempunyai teman namanya ibu H dan ibu B.

Masalah Keperawatan : Isolasi sosial, halusinasi penglihatan dan pendengaran.

4. Faktor Presipitasi

a. Biologis

Dipanti pasien tidak mendapatkan obat secara teratur, kadang diberikan obat dan kadang tidak diberikan obat. Saat di ruang akut dan sub akut pasien mengatakan kadang suka melihat bayangan putih muncul namun waktunya tidak tentu, muncul saat tidak ada kegiatan, pasien mengatakan takut ketika melihat bayangan putih tersebut.

b. Psikologis

Selama pasien tinggal di panti, keluarga pasien tidak pernah menjenguk pasien. Ketika berobat di rumah sakit pun keluarga pasien tidak pernah menjenguk pasien.

c. Sosialkultural

Pasien masuk Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa 3 Daan Mogot pada bulan Agustus 2019. Dalam 6 bulan terakhir pasien di Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa 3 Daan Mogot pasien melakukan berbagai macam kegiatan seperti ; menyapu dan mencuci yang nantinya akan dibayar 10.000/bulan, namun dalam 2 minggu terakhir pasien cenderung, banyak diam, hanya memiliki satu orang teman tetapi jarang berinteraksi dipanti.

Masalah Keperawatan : Halusinasi Penglihatan, Regimen terapeutik tidak efektif

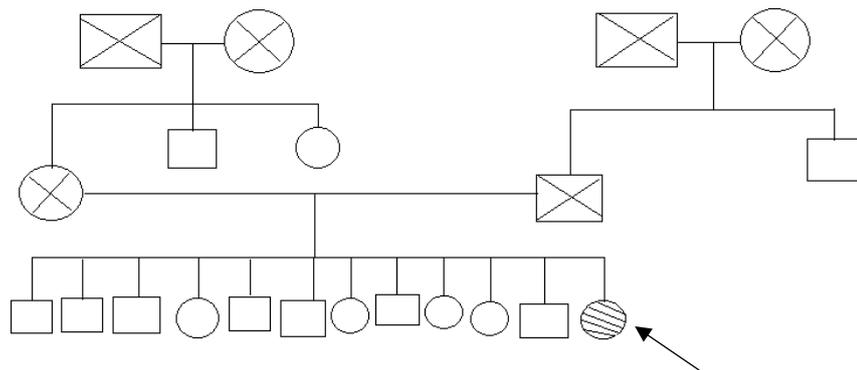
5. Pemeriksaan Fisik

Tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 76 x/menit, suhu 36.2 °C, pernafasan 19 x/menit, tinggi badan 156 cm, berat badan 44 kg, IMT 18.08 kg/m² (kurus). Konjungtiva ananemis, tidak ada tanda – tanda kurang tidur, tidak ada keluhan BAB/BAK, pasien makan 3 hari sekali dan snack 2 kali sehari. Pasien mengatakan tidak ada keluhan fisik.

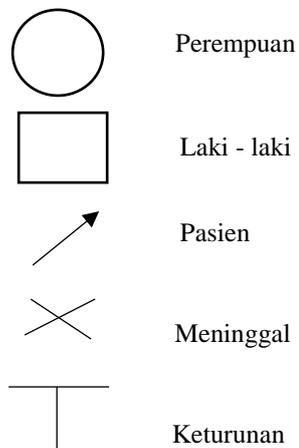
Masalah Keperawatan : Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

6. Psikososial

a. Genogram



Keterangan :





Pasien tinggal di panti sosial bina laras harapan sentosa 3 Daan Mogot. Tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, pola asuh permisif terlihat dari di usia 31 tahun masih tinggal bersama ibunya, dan mendapatkan uang dari saudara – saudaranya selama tinggal bersama ibunya semua perkataannya dituruti oleh ibunya. Setelah ibu pasien meninggal pasien tidak memiliki tempat tinggal bahkan keputusan semuanya di ambil oleh saudara pasien dan pasien tidak diberikan kesempatan untuk memilih.

Masalah Keperawatan : Mekanisme coping keluarga tidak efektif

b. Konsep diri

1) Gambaran diri

Pasien mengatakan paling menyukai anggota badan yaitu mata karena memudahkannya dalam melihat pemandangan dan tidak ada anggota badan yang tidak disukainya.

2) Identitas

Pasien mengatakan jenis kelaminnya perempuan menerima dirinya sebagai perempuan.

3) Peran

Pasien mengatakan berperan sebagai anak di keluarganya dan di panti hanya sebagai warga binaan social, merasa senang bisa membantu di panti.

4) Ideal diri

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh, dan ingin kembali bekerja untuk mencari uang, yang dirasakan pasien sekarang adalah sedih karena tidak pernah dikunjungi keluarganya baik di panti maupun di rumah sakit.

5) Harga diri

Pasien mengatakan dirinya sangat berharga, pasien bersyukur masih diberi kesempatan untuk hidup dan pasien tidak malu dengan dirinya.

Masalah Keperawatan : -

c. Hubungan sosial

1) Orang yang berarti

Pasien mengatakan tidak mempunyai orang yang terdekat dan tidak mempunyai orang yang berarti. Selama pasien tinggal di panti pasien hanya mempunyai 2 teman saja, yaitu ibu B dan ibu H.

2) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Pasien mengatakan pasien tidak mempunyai peran serta dalam kegiatan kelompok atau masyarakat. Selama di panti pasien melakukan berbagai kegiatan seperti memasak, menyuci dan menyapu, yang nantinya pasien akan dibayar 10.000/bulan oleh pihak panti.

3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan dirinya lebih suka menyendiri dan diam. Pasien mengatakan dirinya lebih suka menyendiri karena merasa asing dengan lingkungannya. Dimana pasien mengatakan mayoritas yang tinggal di panti adalah beragama Islam sedangkan pasien beragama Buddha.

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial

d. Spiritual

1) Nilai dan keyakinan

Pasien yakin bahwa dirinya akan sembuh dari penyakitnya dengan cara minum obat.

2) Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan agamanya Buddha dan dulu sebelum masuk panti dirinya selalu ke vihara untuk berdoa. Selama di panti pasien mengikuti agama yang di panti yaitu katolik.

7. Status Mental

a. Penampilan

Pasien tampak rapi, pakaian yang dipakai tidak terbalik, rambut disisir dengan rapi. Pasien tampak mandi secara mandiri. Pasien tampak membersihkan diri dan kamar mandi setelah BAK atau BAB, kuku bersih dan pendek, gigi bersih, dan pasien tidak bau badan.

Masalah Keperawatan : -

b. Pembicaraan

Pasien tampak kooperatif ketika diajak berbicara. Pasien nyambung ketika diajak bicara. Pasien menatap lawan bicara ketika diajak bicara, intonasi suara tidak tinggi.

Masalah Keperawatan : -

c. Aktivitas Motorik

Pasien tampak tidak lesu, tidak tegang dan tidak gelisah. Pasien juga tidak tampak adanya tik dan tremor.

Masalah Keperawatan : -

d. Alam perasaan

Pasien mengatakan ingin segera pulang ke rumahnya dan tidak ingin ke panti atau rumah sakit. Pasien sedih ketika tidak ada yang mengunjunginya baik di rumah sakit ataupun di panti.

Masalah Keperawatan : -

e. Afek

Pasien tampak berespon sesuai dengan keadaan atau situasi.

Masalah Keperawatan : -

f. Interaksi selama wawancara

Pasien tampak kooperatif ketika diajak berbicara. Pasien nyambung ketika diajak bicara. Pasien menatap lawan bicara ketika diajak bicara, intonasi suara tidak tinggi. Pasien mampu memulai pembicaraan, pasien mampu merespon sesuai dengan pertanyaan perawat. Hanya saja saat tidak berinteraksi dengan perawat pasien tampak sesekali bengong, menutup hidung dan menghindari dari tempat duduknya.

Masalah Keperawatan : Halusinasi penciuman

g. Persepsi

Pasien mengatakan melihat bayangan putih seperti asap disekitarnya, bayangan muncul pada saat siang hari, bayangan muncul sekitar 10 menit, bayangan muncul ketika pasien sendirian, dan pasien hanya diam ketika bayangan muncul. Bayangan muncul tidak menentu waktunya, namun sebelum pasien dirawat pasien sudah memiliki riwayat pernah melihat bayangan perempuan dalam wujud kelelawar, bayangan muncul sekitar 10 menit dan ketika pasien sendirian, pasien hanya diam ketika bayangan tersebut muncul. Selain itu, pasien juga melihat bayangan perempuan dengan baju panjang menembus tembok, muncul ketika pasien sendirian dan malam hari.

Pasien mengatakan mencium bau tidak enak, seperti bau bedak yang aromanya tidak enak padahal disekitar pasien tidak ada yang sedang menggunakan bedak, ruangan sudah bersih dan tidak ada pasien lainnya yang sedang BAB atau BAK disekitar pasien, bau muncul pada saat siang hari jam 11.00, bau muncul sekitar 10 menit, bau muncul ketika pasien sendirian, saat tidak ada kegiatan dan pasien hanya diam dan menghindari ketika bau muncul.

Masalah Keperawatan : Halusinasi Penglihatan dan Halusinasi Penciuman

h. Proses Pikir

Pasien tampak mengulang – ulang ucapannya yang telah dikatakan sebelumnya tetapi masih nyambung ketika diajak bicara.

Masalah Keperawatan : -

i. Isi pikir

Pasien tampak tidak memiliki gangguan isi pikir.

Masalah Keperawatan : -

j. Tingkat Kesadaran

Pasien tampak tidak bingung dan mampu mengorientasikan waktu, tempat dan orang dengan baik. Pasien mampu menyebutkan waktu, tempat dan orang dengan baik seperti tercantum pada faktor predisposisi.

Masalah Keperawatan : -

k. Memori

Pasien mampu mengingat kejadian baik dari satu bulan yang lalu, satu minggu yang lalu dan saat ini.

Masalah Keperawatan : -

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien mampu berkonsentrasi, pasien tampak tidak bingung dan pasien mampu berhitung sederhana seperti ; menghitung dari 1 sampai 10, $3 + 3 = 6$.

Masalah Keperawatan : -

m. Kemampuan Penilaian

Pasien mampu memilih tindakan yang akan dilakukan. Ketika diberi pilihan mandi atau makan terlebih dahulu, pasien memilih mandi agar lebih bersih.

Masalah Keperawatan : -

n. Daya tilik diri

Pasien mengatakan dirinya menyadari bahwa dirinya mengalami halusinasi. Pasien tidak mengingkari penyakitnya.

Masalah Keperawatan : -

8. Kebutuhan Persiapan Pulang

a. Makan

Pasien tampak mampu makan sendiri. Pasien tampak makan dengan rapih dan tidak berceceran. Pasien mengatakan mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, serta setelah itu membuang sisa makanan ke tempat sampah setelah itu mencuci piring alat makan yang telah pasien gunakan.

b. BAK/BAB

Pasien mampu BAB atau BAK sendiri secara mandiri, mampu menggunakan wc jongkok, dan membersihkan diri dan juga tempat BAB atau BAK setelah selesai.

c. Mandi

Pasien tampak mengerti urutan mandi yang benar, mampu menyiapkan alat mandi sendiri, dan melepas baju di kamar mandi.

d. Berpakaian atau berhias

Pasien mampu memakai pakaian sendiri. Pasien tampak rapi, tampak menyisir rambut dan berpakaian dengan benar tidak terbalik.

e. Istirahat dan tidur

Pasien mengatakan tidak ada kegiatan yang biasa dilakukan sebelum dan sesudah tidur. Pasien tidur malam dari pukul 21.00 WIB sampai 08.00 WIB . pasien tidak tidur siang.

f. Penggunaan Obat

Pasien mengatakan selalu minum obat setiap hari di panti maupun rumah sakit

g. **Pemeliharaan Kesehatan**

Pasien mengatakan tidak tau nama obat yang pernah dikonsumsinya. Pasien tampak harus mendapatkan sistem pendukung dari panti untuk minum obat.

h. **Kegiatan di rumah**

Pasien mengatakan kegiatan dirumah suka cuci piring membantu ibu ketika masih tinggal bersama ibunya.

i. **Kegiatan di luar rumah**

Pasien mengatakan semenjak sakit tidak ada kegiatan diluar rumah yang pasien lakukan.

9. Mekanisme Koping

Mekanisme koping yang dilakukan pasien adalah dengan menyendiri, karena pasien lebih suka menyendiri dan diam.

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial

10. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Pasien tampak tidak mempunyai dukungan kelompok. Pasien tampak mengalami masalah berhubungan dengan lingkungan dibuktikan dengan pasien mengatakan di panti hanya mempunyai 2 teman saja. Pasien tampak mengalami masalah dengan pendidikan dibuktikan dengan pendidikan terakhir pasien Sekolah Menengah Pertama (SMP). Pasien mengatakan dirinya sudah tidak bekerja lagi semenjak sakit.

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial

11. Pengetahuan

Pasien tampak tidak mengetahui tentang penyakit gangguan jiwa, koping, obat - obatan dan faktor pencetusnya.

12. Diagnosa Medis dan Terapi Medis

Diagnosa medis : F20.3 skizofrenia tak terinci

Terapi :

- a. THP 2 x 2 mg
- b. Clozapine 1 x 25 mg
- c. Risperidone 2 x 2 mg
- d. Vitamin B campur 2 x 1 kapsul
- e. Zink 2 x 1 tablet

13. Analisa Data

Tabel 3.1

Tanggal / Jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan
7 Januari 2020 / 16.30	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien dibawa ke Rumah Sakit Duren Sawit oleh petugas panti. Petugas panti mengatakan bahwa pasien suka menyendiri, suka bolak – balik main air sambil basahin kepala. • Pasien mengatakan sedih karena tidak pernah dijenguk oleh keluarga baik di rumah sakit atau pun di panti DO : <ul style="list-style-type: none"> • Intonasi suara tidak tinggi. 	Resiko Bunuh Diri
7 Januari 2020 / 16.30	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan melihat bayangan 	GSP : Halusinasi Penglihatan

Tanggal / Jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan
7 Januari 2020 / 16.30	putih seperti asap disekitarnya <ul style="list-style-type: none"> • Bayangan muncul pada saat siang hari • Bayangan muncul sekitar 10 menit • Bayangan muncul ketika pasien sendirian • Pasien hanya diam ketika bayangan muncul. • Bayangan muncul tidak menentu waktunya, namun sebelum pasien dirawat pasien sudah memiliki riwayat pernah melihat bayangan perempuan dalam wujud kelelawar, bayangan muncul sekitar 10 menit dan ketika pasien sendirian, pasien hanya diam ketika 	GSP : Halusinasi Penglihatan

Tanggal / Jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan
7 Januari 2020 / 16.30	<p>bayangan tersebut muncul.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selain itu, pasien juga melihat bayangan perempuan dengan baju panjang menembus tembok, muncul ketika pasien sendirian dan malam hari. • Saat di ruang akut dan sub akut pasien mengatakan kadang suka melihat bayangan putih muncul namun waktunya tidak tentu • Muncul saat tidak ada kegiatan, • Pasien mengatakan takut ketika melihat bayangan putih tersebut. 	GSP : Halusinasi Penglihatan

Tanggal / Jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan
7 Januari 2020 / 16.30	DO : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak diam • Pasien tampak menyendiri • Pasien tidak tampak gelisah • Pasien nyambung ketika diajak bicara 	GSP : Halusinasi Penglihatan
7 Januari 2020 / 16.30	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan tidak mempunyai orang yang terdekat dan tidak mempunyai orang yang berarti. • Pasien mengatakan pasien tidak mempunyai peran serta dalam kegiatan kelompok atau masyarakat. Selama di panti pasien melakukan berbagai kegiatan seperti memasak, mencuci dan menyapu, yang 	Isolasi Sosial

Tanggal / Jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan
7 Januari 2020 / 16.30	<p>nantinya pasien akan dibayar 10.000/bulan oleh pihak panti. Pasien mengatakan dirinya lebih suka menyendiri dan diam. Pasien mengatakan dirinya lebih suka menyendiri karena merasa asing dengan lingkungannya. Dimana pasien mengatakan mayoritas yang tinggal di panti adalah beragama Islam sedangkan pasien beragama Buddha.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sendirian • Pasien tampak diam 	Isolasi Sosial

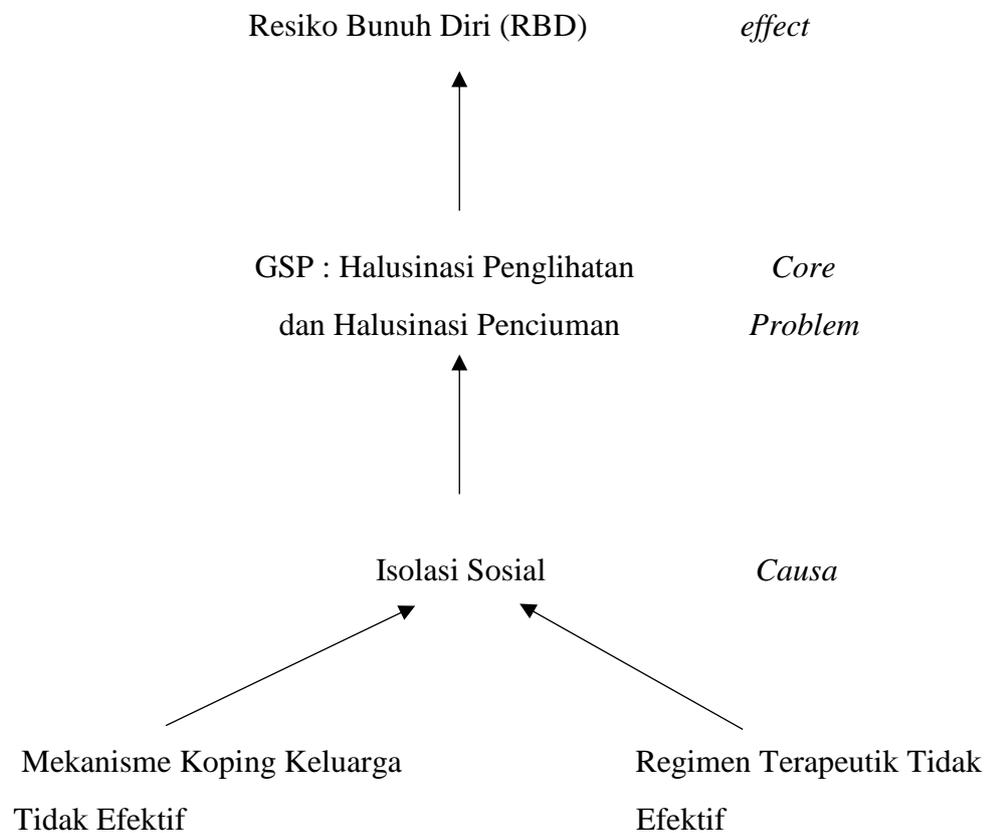
Tanggal / Jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan
7 Januari 2020 / 16.30	<ul style="list-style-type: none"> • Saat tidak berinteraksi dengan perawat pasien tampak sesekali bengong, • Pasien tampak kooperatif ketika diajak berbicara. • Pasien menatap lawan bicara ketika diajak bicara • Pasien mampu memulai • Pembicaraan, pasien mampu merespon sesuai dengan pertanyaan perawat 	Isolasi Sosial
7 Januari 2020 / 16.30	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Pola asuh permisif terlihat dari di usia 31 tahun masih tinggal bersama ibunya, dan mendapatkan uang 	Mekanisme Koping Keluarga Tidak Efektif

Tanggal / Jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan
7 Januari 2020 / 16.30	<p>dari saudara – saudaranya Selama tinggal bersama ibunya semua perkataannya dituruti oleh ibunya.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Setelah ibu pasien meninggal pasien tidak memiliki tempat tinggal • Keputusan semuanya di ambil oleh saudara pasien dan pasien tidak diberikan kesempatan untuk memilih. 	Mekanisme Koping Keluarga Tidak Efektif
7 Januari 2020 / 16.30	<p>DS : Dipanti pasien tidak mendapatkan obat secara teratur, kadang diberikan obat dan kadang tidak diberikan obat.</p>	Regimen Terapeutik Tidak Efektif

Tanggal / Jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan
8 Januari 2020 / 16.00	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan mencium bau tidak enak, seperti bau bedak yang aromanya tidak enak padahal disekitar pasien tidak ada yang sedang menggunakan bedak • Ruangan sudah bersih dan tidak ada pasien lainya yang sedang BAB atau BAK disekitar pasien • Bau muncul pada saat siang hari jam 11.00 • Bau muncul sekitar 10 menit • Bau muncul ketika pasien sendirian, saat tidak ada kegiatan dan 	GSP : Halusinasi Penciuman

Tanggal / Jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan
8 Januari 2020 / 16.00	<p data-bbox="794 365 1042 562">pasien hanya diam dan menghindar ketika bau muncul.</p> <p data-bbox="746 584 815 618">DO :</p> <ul data-bbox="746 640 1027 1619" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="746 640 995 730">• Pasien tampak sendirian, diam <li data-bbox="746 752 1027 891">• Pasien nyambung ketika diajak bicara <li data-bbox="746 913 1027 1178">• Saat tidak berinteraksi dengan perawat pasien tampak sesekali bengong, <li data-bbox="746 1200 1018 1339">• Pasien tampak kooperatif ketika diajak berbicara. <li data-bbox="746 1361 1010 1619">• Pasien tampak menutup hidung dan menghindar dari tempat duduknya. 	GSP : Halusinasi Penciuman

14. Pohon Masalah



Gambar 3.2 Pohon masalah GSP : Halusinasi Penglihatan dan Penciuman

B. Diagnosa Keperawatan

1. GSP : Halusinasi Penglihatan dan Penciuman
2. Isolasi Sosial
3. Resiko Bunuh Diri (RBD)

C. Rencana Keperawatan

1. Rencana Tindakan Keperawatan untuk Pasien
 - a. Lakukan Strategi Pelaksanaan (SP) 1 :
Tujuan Khusus : Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan menghardik

Kriteria Hasil :

Setelah dilakukan selama tiga kali pertemuan pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik. Pasien menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, pasien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi.

- 1) Bina Hubungan Saling Percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik :
 - a) Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal
 - b) Perkenalkan diri dengan sopan
 - c) Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien
 - d) Jelaskan tujuan pertemuan
 - e) Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya
 - f) Beri perhatian kepada pasien dan perhatian kebutuhan dasar pasien
- 2) Identifikasi Halusinasi : jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respons dan upaya
- 3) Jelaskan cara mengontrol halusinasi : menghardik
- 4) Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik
- 5) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latih cara menghardik.

b. Lakukan Strategi Pelaksanaan (SP) 2 :

Tujuan Khusus : Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan minum obat prinsip 6 benar.

Kriteria Hasil :

Setelah dilakukan selama tiga kali pertemuan pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara patuh minum obat. Pasien menyebutkan nama obat, nama pasien, cara pemberian, manfaat, efek samping obat, dan kadaluarsa. Mendemonstrasikan penggunaan

obat dengan benar dan menyebutkan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dokter.

- 1) Bina Hubungan Saling Percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik :
 - a) Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal
 - b) Perkenalkan diri dengan sopan
 - c) Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien
 - d) Jelaskan tujuan pertemuan
 - e) Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya
 - f) Beri perhatian kepada pasien dan perhatian kebutuhan dasar pasien
- 2) Evaluasi tanda dan gejala halusinasi : jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respons dan upaya
- 3) Evaluasi kegiatan latihan menghardik beri pujian
- 4) Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan 6 benar minum obat)
- 5) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat.

c. Lakukan Strategi Pelaksanaan (SP 3) :

Tujuan Khusus : Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap.

Kriteria Hasil :

Setelah dilakukan selama tiga kali pertemuan pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap – cakap.

- 1) Bina Hubungan Saling Percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik :
 - a) Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal
 - b) Perkenalkan diri dengan sopan

- c) Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien
 - d) Jelaskan tujuan pertemuan
 - e) Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya
 - f) Beri perhatian kepada pasien dan perhatian kebutuhan dasar pasien
- 2) Evaluasi tanda dan gejala halusinasi : jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respons dan upaya
 - 3) Evaluasi kegiatan latihan menghardik dan minum obat beri pujian
 - 4) Mendemonstrasikan cara bercakap – cakap
 - 5) Meminta pasien memperagakan ulang atau redemonstrasi
 - 6) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk menghardik, minum obat, dan bercakap – cakap
- d. Lakukan Strategi Pelaksanaan (SP) 4 :
- Tujuan Khusus : Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas.
- Kriteria Hasil :
- Setelah dilakukan selama tiga kali pertemuan pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara melakukan aktivitas yang terjadwal atau kegiatan yang disenangi.
- 1) Bina Hubungan Saling Percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik :
 - a) Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal
 - b) Perkenalkan diri dengan sopan
 - c) Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien
 - d) Jelaskan tujuan pertemuan
 - e) Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya

- f) Beri perhatian kepada pasien dan perhatian kebutuhan dasar pasien
 - 2) Evaluasi tanda dan gejala halusinasi : jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respons dan upaya
 - 3) Evaluasi kegiatan latihan menghardik, minum obat dan bercakap – cakap beri pujian
 - 4) Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengontrol halusinasi
 - 5) Mendiskusikan aktivitas yang bisa dilakukan oleh pasien
 - 6) Melatih pasien melakukan aktifitas
 - 7) Menyusun jadwal kegiatan sehari – hari sesuai dengan aktivitas yang sudah dilatih
 - 8) Upayakan pasien mempunyai aktivitas dari bangun pagi sampai tidur malam memantau pelaksanaan kegiatan, memberikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif
 - 9) Memantau pelaksanaan kegiatan, memberikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif
 - 10) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap – cakap dan melakukan kegiatan.
2. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi Mengontrol Halusinasi

Pasien dilatih untuk dapat mengenal halusinasi yang dialaminya dan dilatih cara mengontrol halusinasi. Kemampuan persepsi pasien dievaluasi dan ditingkatkan pada tiap sesi. Dalam proses ini, respons pasien terhadap berbagai stimulus dalam kehidupan diharapkan menjadi adaptif. Aktivitas yang diberikan yaitu sebagai berikut :

- a. Sesi I : mengenal halusinasi
- b. Sesi II : mengontrol halusinasi dengan menghardik
- c. Sesi III : mengontrol halusinasi dengan menyusun jadwal kegiatan

- d. Sesi IV : mengontrol halusinasi dengan minum obat yang benar
- e. Sesi V : mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap

D. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

1. Selasa, 7 Januari 2020 Pukul 17.30 SP 1 Pertemuan 1 untuk Halusinasi Penglihatan

Data Subjektif :

- a. Pasien mengatakan melihat bayangan putih seperti asap disekitarnya
- b. Bayangan muncul pada saat siang hari
- c. Bayangan muncul sekitar 10 menit
- d. Bayangan muncul ketika pasien sendirian
- e. Pasien hanya diam ketika bayangan muncul.
- f. Bayangan muncul tidak menentu waktunya, namun sebelum pasien dirawat pasien sudah memiliki riwayat pernah melihat bayangan perempuan dalam wujud kelelawar, bayangan muncul sekitar 10 menit dan ketika pasien sendirian, pasien hanya diam ketika bayangan tersebut muncul.
- g. Selain itu, pasien juga melihat bayangan perempuan dengan baju panjang menembus tembok, muncul ketika pasien sendirian dan malam hari.
- h. Saat di ruang akut dan sub akut pasien mengatakan kadang suka melihat bayangan putih muncul namun waktunya tidak tentu
- i. Muncul saat tidak ada kegiatan.
- j. Pasien mengatakan takut ketika melihat bayangan putih tersebut.

Data Objektif :

- a. Pasien tampak diam
- b. Pasien tampak menyendiri
- c. Pasien tidak tampak gelisah
- d. Pasien nyambung ketika diajak bicara

Implementasi Keperawatan :

- a. Membina hubungan saling percaya dengan hasil pasien menunjukkan sikap terbuka pada perawat
- b. Menyapa pasien dengan ramah baik verbal dengan hasil pasien menjawab dengan baik salam dari perawat.
- c. Memperkenalkan diri dengan sopan : perkenalkan nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan yang disukai pasien dengan hasil pasien mengatakan namanya Ny. L
- d. Membuat kontrak asuhan apa yang perawat akan lakukan bersama pasien, menjelaskan tujuan pertemuan, berapa lama akan dikerjakan dan tempat pelaksanaan asuhan keperawatan
- e. Menunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya.
- f. Mengatakan bahwa perawat percaya pasien melihat bayangan itu, namun perawat sendiri tidak melihatnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh dan menghakimi).
- g. Mengidentifikasi halusinasi: jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respons dan upaya. Dengan hasil pasien mengatakan melihat ada bayangan putih seperti asap di sekitarnya. Pasien mengatakan melihat bayangan hanya siang hari itu saja, tetapi sebelumnya juga pernah melihat sosok makhluk gaib tetapi tidak tentu waktunya. Pasien mengatakan kalau melihat bayangan hanya diam sampai bayangan itu hilang. Pasien mengatakan belum melakukan menghardik saat melihat bayangan.
- h. Pasien mengatakan ada 4 cara mengusir halusinasi yaitu dengan menghardik, minum obat, bercakap – cakap dan melakukan kegiatan.
- i. Pasien mengatakan menghardik dengan menutup mata dan mengusir bayangan “ pergi, pergi kamu bayangan palsu saya tidak mau lihat”. Pasien mengatakan akan menghardik jika bayangan itu muncul lagi.
- j. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi: menghardik, minum obat, bercakap - cakap, dan kegiatan yang disenangi.

- k. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik dengan hasil pasien mampu mengikuti menghardik
- l. Menyusun atau memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latih cara menghardik dengan hasil pasien menyetujui tindakan. Dilakukan 1 kali sehari setiap siang.
- m. Membuat kontrak interaksi dengan pasien untuk pertemuan selanjutnya dengan hasil pasien menyetujui melakukan kegiatan prinsip 6 benar minum obat lagi

Evaluasi Keperawatan :

Selasa, 7 Januari 2020

Subjektif :

- a. Pasien mengatakan melihat bayangan hanya siang hari itu saja, tetapi sebelumnya juga pernah melihat sosok makhluk gaib tetapi tidak tentu waktunya
- b. Pasien mengatakan kalau melihat bayangan hanya diam sampai bayangan itu hilang
- c. Pasien mengatakan belum melakukan menghardik saat melihat bayangan
- d. Pasien mengatakan ada 4 cara mengusir halusinasi yaitu dengan menghardik, minum obat, bercakap – cakap dan melakukan kegiatan
- e. Pasien mengatakan menghardik dengan menutup mata dan mengusir bayangan “ pergi, pergi kamu bayangan palsu saya tidak mau lihat”
- f. Pasien mengatakan akan menghardik jika bayangan itu muncul lagi

Objektif :

- a. Pasien tampak diam, tidak takut
- b. Pasien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik : menutup mata dengan kedua tangan, konsentrasi dan mengusir bayangannya

Analisa :

GSP : Halusinasi Penglihatan dengan kemampuan pasien bertambah namun tanda dan gejala masih ada.

Planning :

Pasien : Mengontrol halusinasi dengan menghardik satu kali sehari

Perawat : Melanjutkan cara mengontrol halusinasi yang kedua yaitu dengan prinsip 6 benar minum obat

2. Rabu, 8 Januari 2020 Pukul 17.00 SP 1 Pertemuan 1 untuk Halusinasi Penciuman

Data Subjektif :

- a. Pasien mengatakan mencium bau tidak enak, seperti bau bedak yang aromanya tidak enak padahal disekitar pasien tidak ada yang sedang menggunakan bedak
- b. Ruangan sudah bersih dan tidak ada pasien lainnya yang sedang BAB atau BAK disekitar pasien
- c. Bau muncul pada saat siang hari jam 11.00
- d. Bau muncul sekitar 10 menit
- e. Bau muncul ketika pasien sendirian, saat tidak ada kegiatan dan pasien hanya diam dan menghindar ketika bau muncul.
- f. Pasien mengatakan sudah tidak melihat bayangan lagi disekitarnya.

Data Objektif :

- a. Pasien tampak sendirian, diam
- b. Pasien nyambung ketika diajak bicara
- c. Saat tidak berinteraksi dengan perawat pasien tampak sesekali bengong
- d. Pasien tampak kooperatif ketika diajak berbicara.

- e. Pasien tampak menutup hidung dan menghindari dari tempat duduknya.

Implementasi Keperawatan :

- a. Membina hubungan saling percaya dengan hasil pasien menunjukkan sikap terbuka pada perawat
- b. Menyapa pasien dengan ramah baik verbal dengan hasil pasien menjawab dengan baik salam dari perawat.
- c. Memperkenalkan diri dengan sopan : perkenalkan nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan yang disukai pasien dengan hasil pasien mengatakan namanya Ny. L
- d. Membuat kontrak asuhan apa yang perawat akan lakukan bersama pasien, menjelaskan tujuan pertemuan, berapa lama akan dikerjakan dan tempat pelaksanaan asuhan keperawatan
- e. Menunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya.
- f. Mengatakan bahwa perawat percaya pasien melihat bayangan itu, namun perawat sendiri tidak melihatnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh dan menghakimi).
- g. Mengidentifikasi halusinasi: jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respons dan upaya. Dengan hasil Pasien mengatakan mencium bau tidak enak, seperti bau bedak yang aromanya tidak enak padahal disekitar pasien tidak ada yang sedang menggunakan bedak. Ruangan sudah bersih dan tidak ada pasien lain yang sedang BAB atau BAK disekitar pasien. Bau muncul pada saat siang hari jam 11.00. Bau muncul sekitar 10 menit. Bau muncul ketika pasien sendirian, saat tidak ada kegiatan dan pasien hanya diam dan menghindari ketika bau muncul.
- h. Pasien mengatakan ada 4 cara mengusir halusinasi yaitu dengan menghardik, minum obat, bercakap – cakap dan melakukan kegiatan.

- i. Pasien mengatakan menghardik dengan menutup hidung dan mengusir bau “ pergi, pergi kamu bau palsu saya tidak mau cium”.
- j. Pasien mengatakan akan menghardik jika bau itu muncul lagi.
- k. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi: menghardik, minum obat, bercakap - cakap, dan kegiatan yang disenangi.
- l. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik dengan hasil pasien mampu mengikuti menghardik
- m. Menyusun atau memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latih cara menghardik dengan hasil pasien menyetujui tindakan. Dilakukan 1 kali sehari setiap siang.
- n. Membuat kontrak interaksi dengan pasien untuk pertemuan selanjutnya dengan hasil pasien menyetujui melakukan kegiatan prinsip 6 benar minum obat lagi.

Evaluasi Keperawatan :

Rabu, 8 Januari 2020

Subjektif :

- a. Pasien mengatakan mencium bau tidak enak, seperti bau bedak yang aromanya tidak enak padahal disekitar pasien tidak ada yang sedang menggunakan bedak.
- b. Ruangan sudah bersih dan tidak ada pasien lainya yang sedang BAB atau BAK disekitar pasien.
- c. Bau muncul pada saat siang hari jam 11.00.
- d. Bau muncul sekitar 10 menit.
- e. Bau muncul ketika pasien sendirian, saat tidak ada kegiatan
- f. Pasien hanya diam dan menghindar ketika bau muncul.
- g. Pasien mengatakan ada 4 cara mengusir halusinasi yaitu dengan menghardik, minum obat, bercakap – cakap dan melakukan kegiatan
- h. Pasien mengatakan menghardik dengan menutup hidung dan mengusir bau “ pergi, pergi kamu bau palsu saya tidak mau cium”

- i. Pasien mengatakan akan menghardik jika bau itu muncul lagi
- j. Pasien mengatakan tidak melihat bayangan lagi disekitarnya

Objektif :

- a. Pasien tampak sendirian
- b. Pasien tampak diam
- c. Pasien nyambung ketika diajak bicara
- d. Saat tidak berinteraksi dengan perawat pasien tampak sesekali bengong
- e. Pasien tampak kooperatif ketika diajak berbicara.
- f. Pasien tampak menutup hidung dan menghindari dari tempat duduknya.

Analisa :

GSP Halusinasi Penciuman dengan kemampuan pasien bertambah namun tanda dan gejala masih ada.

Planning :

Pasien : Mengontrol halusinasi dengan menghardik satu kali sehari

Perawat : Melanjutkan cara mengontrol halusinasi yang kedua yaitu dengan prinsip 6 benar minum obat.

3. Rabu, 8 Januari 2020 Pukul 18.00 SP 2 Pertemuan 1 untuk Halusinasi Penciuman

Data Subjektif :

- a. Pasien mengatakan mencium bau tidak enak, seperti bau bedak yang aromanya tidak enak padahal disekitar pasien tidak ada yang sedang menggunakan bedak.
- b. Ruangan sudah bersih dan tidak ada pasien lainnya yang sedang BAB atau BAK disekitar pasien.

- c. Bau muncul pada saat siang hari jam 11.00.
- d. Bau muncul sekitar 10 menit.
- e. Bau muncul ketika pasien sendirian, saat tidak ada kegiatan
- f. Pasien hanya diam dan menghindar ketika bau muncul.
- g. Pasien mengatakan ada 4 cara mengusir halusinasi yaitu dengan menghardik, minum obat, bercakap – cakap dan melakukan kegiatan
- h. Pasien mengatakan menghardik dengan menutup hidung dan mengusir bau “ pergi, pergi kamu bau palsu saya tidak mau cium”
- i. Pasien mengatakan akan menghardik jika bau itu muncul lagi
- j. Pasien mengatakan sudah tidak lagi melihat bayangan disekitarnya

Data Objektif :

- a. Pasien tampak sendirian
- b. Pasien tampak diam
- c. Pasien nyambung ketika diajak bicara
- d. Saat tidak berinteraksi dengan perawat pasien tampak sesekali bengong
- e. Pasien tampak kooperatif ketika diajak berbicara.
- f. Pasien tampak menutup hidung dan menghindar dari tempat duduknya.
- g. Pasien mampu melakukan tindakan menghardik dengan baik dan benar.

Implementasi Keperawatan :

- a. Membina hubungan saling percaya dengan hasil pasien menunjukkan sikap terbuka pada perawat
- b. Menyapa pasien dengan ramah baik verbal dengan hasil pasien menjawab dengan baik salam dari perawat.

- c. Memperkenalkan diri dengan sopan : perkenalkan nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan yang disukai pasien dengan hasil pasien mengatakan namanya Ny. L
- d. Membuat kontrak asuhan apa yang perawat akan lakukan bersama pasien, menjelaskan tujuan pertemuan, berapa lama akan dikerjakan dan tempat pelaksanaan asuhan keperawatan
- e. Menunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya.
- f. Mengatakan bahwa perawat percaya pasien melihat bayangan itu, namun perawat sendiri tidak melihatnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh dan menghakimi).
- g. Mengevaluasi halusinasi: jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respons dan upaya. Dengan hasil pasien mengatakan mencium bau tidak enak, seperti bau bedak yang aromanya tidak enak padahal disekitar pasien tidak ada yang sedang menggunakan bedak. Pasien mengatakan bau muncul pada saat siang hari jam 11.00. pasien mengatakan bau muncul sekitar 10 menit. Pasien mengatakan setiap mencium bau akan melakukan menghardik. Pasien menyebutkan nama obat yang diminum : THP, Clozapine dan Risperidone. Pasien menyebutkan prinsip 6 benar minum obat : benar nama dan benar obat.
- h. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik dengan hasil pasien mengikuti arahan perawat
- i. Menyusun atau memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latih cara menghardik dengan hasil pasien menyetujui tindakan. Dilakukan 1 kali sehari setiap siang.
- j. Membuat kontrak interaksi dengan pasien untuk pertemuan selanjutnya dengan hasil pasien menyetujui melakukan kegiatan prinsip 6 benar minum obat lagi.

Evaluasi Keperawatan :**Rabu, 8 Januari 2020****Subjektif :**

- a. Pasien mengatakan mencium bau tidak enak, seperti bau bedak yang aromanya tidak enak padahal disekitar pasien tidak ada yang sedang menggunakan bedak.
- b. Pasien mengatakan bau muncul pada saat siang hari jam 11.00.
- c. Pasien mengatakan bau muncul sekitar 10 menit.
- d. Pasien mengatakan setiap mencium bau akan melakukan menghardik.
- e. Pasien menyebutkan nama obat yang diminum : THP, Clozapine dan Risperidone.
- f. Pasien menyebutkan prinsip 6 benar minum obat : benar nama dan benar obat.
- g. Pasien mengatakan sudah tidak melihat bayangan disekitarnya

Objektif :

- a. Pasien mampu menyebutkan nama obat yang diminum : THP, Clozapine dan Risperidone.
- b. Pasien mampu menyebutkan prinsip 6 benar minum obat : benar nama dan benar obat.
- c. Pasien tampak sendirian
- d. Pasien tampak diam
- e. Pasien nyambung ketika diajak bicara
- f. Saat tidak berinteraksi dengan perawat pasien tampak sesekali bengong
- g. Pasien tampak kooperatif ketika diajak berbicara.
- h. Pasien tampak menutup hidung dan menghindari dari tempat duduknya.
- i. Pasien mampu melakukan tindakan menghardik dengan baik dan benar.

Analisa :

GSP Halusinasi Penciuman dengan kemampuan pasien bertambah namun tanda dan gejala masih ada.

Planning :

Pasien : Mengontrol halusinasi dengan menghardik satu kali sehari

Perawat : Melanjutkan cara mengontrol halusinasi yang kedua yaitu dengan prinsip 6 benar minum obat.

4. Kamis, 9 Januari 2020 Pukul 16.00 SP 2 Pertemuan 2 untuk Halusinasi Penciuman

Data Subjektif :

- a. Pasien mengatakan mencium bau tidak enak, seperti bau bedak yang aromanya tidak enak padahal disekitar pasien tidak ada yang sedang menggunakan bedak.
- b. Pasien mengatakan bau muncul pada saat siang hari jam 11.00.
- c. Pasien mengatakan bau muncul sekitar 10 menit.
- d. Pasien mengatakan setiap mencium bau akan melakukan menghardik.
- e. Pasien menyebutkan nama obat yang diminum : THP, Clozapine dan Risperidone.
- f. Pasien menyebutkan prinsip 6 benar minum obat : benar nama dan benar obat.
- g. Pasien mengatakan sudah tidak lagi melihat bayangan disekitarnya

Data Objektif :

- a. Pasien mampu menyebutkan nama obat yang diminum : THP, Clozapine dan Risperidone.

- b. Pasien mampu menyebutkan prinsip 6 benar minum obat : benar nama dan benar obat.
- c. Pasien tampak sendirian
- d. Pasien tampak diam
- e. Pasien nyambung ketika diajak bicara
- f. Saat tidak berinteraksi dengan perawat pasien tampak sesekali bengong
- g. Pasien tampak kooperatif ketika diajak berbicara.
- h. Pasien tampak menutup hidung dan menghindari dari tempat duduknya.
- i. Pasien mampu melakukan tindakan menghardik dengan baik dan benar.

Implementasi Keperawatan :

- a. Membina hubungan saling percaya dengan hasil pasien menunjukkan sikap terbuka pada perawat
- b. Menyapa pasien dengan ramah baik verbal dengan hasil pasien menjawab dengan baik salam dari perawat.
- c. Memperkenalkan diri dengan sopan : perkenalkan nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan yang disukai pasien dengan hasil pasien mengatakan namanya Ny. L
- d. Membuat kontrak asuhan apa yang perawat akan lakukan bersama pasien, menjelaskan tujuan pertemuan, berapa lama akan dikerjakan dan tempat pelaksanaan asuhan keperawatan
- e. Menunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya.
- f. Mengatakan bahwa perawat percaya pasien melihat bayangan itu, namun perawat sendiri tidak melihatnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh dan menghakimi).
- g. Mengevaluasi halusinasi: jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respons dan upaya. Dengan hasil pasien mengatakan mencium bau tidak

enak, seperti bau bedak yang aromanya tidak enak padahal disekitar pasien tidak ada yang sedang menggunakan bedak. Pasien mengatakan bau muncul pada saat siang hari jam 11.00. pasien mengatakan bau muncul sekitar 10 menit. Pasien mengatakan setiap mencium bau akan melakukan menghardik. Pasien menyebutkan nama obat yang diminum : THP, Clozapine dan Risperidone. Pasien menyebutkan prinsip 6 benar minum obat : benar nama, benar obat, benar kadaluarsa, dan benar jadwal.

- h. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik dengan hasil pasien mengikuti arahan perawat
- i. Menyusun atau memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latih cara menghardik dengan hasil pasien menyetujui tindakan. Dilakukan 1 kali sehari setiap siang.
- j. Membuat kontrak interaksi dengan pasien untuk pertemuan selanjutnya dengan hasil pasien menyetujui melakukan kegiatan prinsip 6 benar minum obat lagi.

Evaluasi Keperawatan :

Kamis, 9 Januari 2020

Subjektif :

- a. Pasien mengatakan mencium bau tidak enak, seperti bau bedak yang aromanya tidak enak padahal disekitar pasien tidak ada yang sedang menggunakan bedak.
- b. Pasien mengatakan bau muncul pada saat siang hari jam 11.00.
- c. Pasien mengatakan bau muncul sekitar 10 menit.
- d. Pasien mengatakan setiap mencium bau akan melakukan menghardik. Pasien menyebutkan nama obat yang diminum : THP, Clozapine dan Risperidone.

- e. Pasien menyebutkan prinsip 6 benar minum obat : benar nama, benar obat, benar kadaluarsa, dan benar jadwal.
- f. Pasien mengatakan sudah tidak melihat bayangan disekitarnya

Objektif :

- a. Pasien mampu menyebutkan nama obat yang diminum : THP, Clozapine dan Risperidone.
- b. Pasien mampu menyebutkan prinsip 6 benar minum obat : benar nama dan benar obat.
- c. Pasien tampak menutup hidung dan menghindar dari tempat duduknya.
- d. Pasien mampu melakukan tindakan menghardik dengan baik dan benar.
- e. Pasien tampak sendirian
- f. Pasien tampak diam
- g. Pasien nyambung ketika diajak bicara
- h. Saat tidak berinteraksi dengan perawat pasien tampak sesekali bengong
- i. Pasien tampak kooperatif ketika diajak berbicara.

Analisa :

GSP Halusinasi Penciuman dengan kemampuan pasien bertambah namun tanda dan gejala masih ada.

Planning :

Pasien : Mengontrol halusinasi dengan menghardik satu kali sehari

Perawat : Melanjutkan cara mengontrol halusinasi yang kedua yaitu dengan prinsip 6 benar minum obat.

5. Jumat, 10 Januari 2020 Pukul 09.30 SP 2 Pertemuan 3 untuk Halusinasi Penciuman

Data Subjektif :

- a. Pasien mengatakan mencium bau tidak enak, seperti bau bedak yang aromanya tidak enak padahal disekitar pasien tidak ada yang sedang menggunakan bedak.
- b. Pasien mengatakan bau muncul pada saat siang hari jam 11.00.
- c. Pasien mengatakan bau muncul sekitar 10 menit.
- d. Pasien mengatakan setiap mencium bau akan melakukan menghardik. Pasien menyebutkan nama obat yang diminum : THP, Clozapine dan Risperidone.
- e. Pasien menyebutkan prinsip 6 benar minum obat : benar nama, benar obat, benar kadaluarsa, dan benar jadwal.
- f. Pasien mengatakan sudah tidak melihat bayangan disekitarnya

Data Objektif :

- a. Pasien mampu menyebutkan nama obat yang diminum : THP, Clozapine dan Risperidone.
- b. Pasien mampu menyebutkan prinsip 6 benar minum obat : benar nama, benar obat, benar kadaluarsa dan benar jadwal.
- c. Pasien tampak menutup hidung dan menghindari dari tempat duduknya.
- d. Pasien mampu melakukan tindakan menghardik dengan baik dan benar.
- e. Pasien tampak sendirian
- f. Pasien tampak diam
- g. Pasien nyambung ketika diajak bicara
- h. Saat tidak berinteraksi dengan perawat pasien tampak sesekali bengong
- i. Pasien tampak kooperatif ketika diajak berbicara.

Implementasi Keperawatan :

- a. Membina hubungan saling percaya dengan hasil pasien menunjukkan sikap terbuka pada perawat
- b. Menyapa pasien dengan ramah baik verbal dengan hasil pasien menjawab dengan baik salam dari perawat.
- c. Memperkenalkan diri dengan sopan : perkenalkan nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan yang disukai pasien dengan hasil pasien mengatakan namanya Ny. L
- d. Membuat kontrak asuhan apa yang perawat akan lakukan bersama pasien, menjelaskan tujuan pertemuan, berapa lama akan dikerjakan dan tempat pelaksanaan asuhan keperawatan
- e. Menunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya.
- f. Mengatakan bahwa perawat percaya pasien melihat bayangan itu, namun perawat sendiri tidak melihatnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh dan menghakimi).
- g. Mengevaluasi halusinasi: jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respons dan upaya. Dengan hasil pasien mengatakan mencium bau tidak enak, seperti bau bedak yang aromanya tidak enak padahal disekitar pasien tidak ada yang sedang menggunakan bedak. Pasien mengatakan bau muncul pada saat siang hari jam 11.00. pasien mengatakan bau muncul sekitar 10 menit. Pasien mengatakan setiap mencium bau akan melakukan menghardik. Pasien menyebutkan nama obat yang diminum : THP, Clozapine, Risperidone, vitamin b campur, dan zink. Pasien menyebutkan prinsip 6 benar minum obat : benar nama, benar obat, benar kadaluarsa, benar jadwal, benar manfaat, dan benar efek samping.
- h. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik dengan hasil pasien mengikuti arahan perawat
- i. Menyusun atau memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latih cara menghardik dengan hasil pasien menyetujui tindakan. Dilakukan 1 kali sehari setiap siang.

- j. Menyusun atau memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latih cara minum obat prinsip 6 benar dengan hasil pasien menyetujui tindakan. Dilakukan 2 kali sehari setiap pagi dan malam.
- k. Membuat kontrak interaksi dengan pasien untuk pertemuan selanjutnya yaitu mengontrol halusinasi: bercakap – cakap bersama orang lain dengan hasil pasien menyetujui melakukan kegiatan.

Evaluasi Keperawatan :

Jumat, 10 Januari 2020

Subjektif :

- a. Pasien mengatakan mencium bau tidak enak, seperti bau bedak yang aromanya tidak enak padahal disekitar pasien tidak ada yang sedang menggunakan bedak.
- b. Pasien mengatakan bau muncul pada saat siang hari jam 11.00.
- c. Pasien mengatakan bau muncul sekitar 10 menit.
- d. Pasien mengatakan setiap mencium bau akan melakukan menghardik.
- e. Pasien menyebutkan nama obat yang diminum : THP, Clozapine, Risperidone, vitamin b campur dan zink.
- f. Pasien menyebutkan prinsip 6 benar minum obat : benar nama, benar obat, benar kadaluarsa, benar jadwal, benar manfaat, dan benar efek samping.
- g. Pasien mengatakan sudah tidak melihat bayangan lagi disekitarnya

Objektif :

- a. Pasien mampu menyebutkan nama obat yang diminum : THP, Clozapine, Risperidone, vitamin b campur dan zink.
- b. Pasien mampu menyebutkan prinsip 6 benar minum obat : benar nama, benar obat, benar kadaluarsa, benar jadwal, benar manfaat, dan benar efek samping.

- c. Pasien tampak menutup hidung dan menghindari dari tempat duduknya.
- d. Pasien mampu melakukan tindakan menghardik dengan baik dan benar
- e. Pasien nyambung ketika diajak bicara
- f. Pasien tampak kooperatif ketika diajak berbicara.
- g. Pasien tampak sendirian
- h. Pasien tampak diam
- i. Saat tidak berinteraksi dengan perawat pasien tampak sesekali bengong

Analisa :

GSP Halusinasi Penciuman dengan kemampuan pasien bertambah namun tanda dan gejala masih ada.

Planning :

Pasien : Mengontrol halusinasi menghardik 1 kali sehari setiap siang dan prinsip 6 benar minum obat 2 kali sehari

Perawat : Evaluasi SP 1 pertemuan 1 mengontrol halusinasi, SP 2 pertemuan 3 mengontrol halusinasi dengan prinsip 6 benar minum obat, dan lanjutkan mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap.

6. Sabtu, 11 Januari 2020 Pukul 09.00 SP 3 Pertemuan 1 untuk Halusinasi Penciuman

Data Subjektif :

- a. Pasien mengatakan mencium bau tidak enak, seperti bau bedak yang aromanya tidak enak padahal disekitar pasien tidak ada yang sedang menggunakan bedak.
- b. Pasien mengatakan bau muncul pada saat siang hari jam 11.00.
- c. Pasien mengatakan bau muncul sekitar 10 menit.

- d. Pasien mengatakan setiap mencium bau akan melakukan menghardik.
- e. Pasien menyebutkan nama obat yang diminum : THP, Clozapine, Risperidone, vitamin b campur dan zink.
- f. Pasien menyebutkan prinsip 6 benar minum obat : benar nama, benar obat, benar kadaluarsa, benar jadwal, benar manfaat, dan benar efek samping.
- g. Pasien mengatakan sudah tidak lagi melihat bayangan disekitarnya

Data Objektif :

- a. Pasien mampu menyebutkan nama obat yang diminum : THP, Clozapine, Risperidone, vitamin b campur dan zink.
- b. Pasien mampu menyebutkan prinsip 6 benar minum obat : benar nama, benar obat, benar kadaluarsa, benar jadwal, benar manfaat, dan benar efek samping.
- c. Pasien tampak menutup hidung dan menghindar dari tempat duduknya.
- d. Pasien mampu melakukan tindakan menghardik dengan baik dan benar
- e. Pasien nyambung ketika diajak bicara
- f. Pasien tampak kooperatif ketika diajak berbicara.
- g. Pasien tampak sendirian
- h. Pasien tampak diam
- i. Saat tidak berinteraksi dengan perawat pasien tampak sesekali bengong.

Implementasi Keperawatan :

- a. Menyapa pasien dengan ramah baik verbal ataupun nonverbal dengan hasil pasien menjawab dengan baik salam dari perawat.
- b. Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini dengan hasil pasien mengatakan baik.

- c. Membuat kontrak asuhan apa yang perawat akan lakukan bersama pasien, menjelaskan tujuan pertemuan, berapa lama akan dikerjakan dan tempat pelaksanaan asuhan keperawatan.
- d. Mengevaluasi pertemuan kemarin yaitu melatih pasien untuk minum obat dengan prinsip 6 benar.
- e. Mengevaluasi tanda dan gejala halusinasi: jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respons dan upaya. Dengan hasil pasien pasien mengatakan mencium bau tidak enak, seperti bau bedak yang aromanya tidak enak padahal disekitar pasien tidak ada yang sedang menggunakan bedak. Pasien mengatakan bau muncul pada saat siang hari jam 11.00. pasien mengatakan bau muncul sekitar 10 menit. Pasien mengatakan setiap mencium bau akan melakukan menghardik. Pasien menyebutkan nama obat yang diminum : THP, Clozapine, Risperidone, vitamin b campur, dan zink. Pasien menyebutkan prinsip 6 benar minum obat : benar nama, benar obat, benar kadaluarsa, benar jadwal, benar manfaat, dan benar efek samping.
- f. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik dengan hasil pasien mengikuti arahan perawat dan mampu memperagakannya dengan baik dan benar
- g. Menyusun atau memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latih cara menghardik dengan hasil pasien menyetujui tindakan. Dilakukan 1 kali sehari setiap siang.
- h. Menyusun atau memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latih cara minum obat prinsip 6 benar dengan hasil pasien menyetujui tindakan. Dilakukan 2 kali sehari setiap pagi dan malam.
- i. Menyusun atau memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latih cara bercakap - cakap dengan hasil pasien menyetujui tindakan. Dilakukan 1 kali sehari.

- j. Membuat kontrak interaksi dengan pasien untuk pertemuan selanjutnya yaitu mengontrol halusinasi: melakukan aktivitas dengan hasil pasien menyetujuinya.

Evaluasi Keperawatan :

Sabtu, 11 Januari 2020

Subjektif :

- a. Pasien pasien mengatakan mencium bau tidak enak, seperti bau bedak yang aromanya tidak enak padahal disekitar pasien tidak ada yang sedang menggunakan bedak.
- b. Pasien mengatakan bau muncul pada saat siang hari jam 11.00. pasien mengatakan bau muncul sekitar 10 menit.
- c. Pasien mengatakan setiap mencium bau akan melakukan menghardik.
- d. Pasien mengatakan setiap mencium bau akan melakukan bercakap – cakap dengan orang lain.
- e. Pasien menyebutkan nama obat yang diminum : THP, Clozapine, Risperidone, vitamin b campur, dan zink.
- f. Pasien menyebutkan prinsip 6 benar minum obat : benar nama, benar obat, benar kadaluarsa, benar jadwal, benar manfaat, dan benar efek samping.
- g. Pasien mengatakan sudah tidak melihat bayangan disekitarnya

Objektif :

- a. Pasien mampu melakukan tindakan bercakap – cakap bersama orang lain dengan baik dan benar
- b. Pasien mampu menyebutkan nama obat yang diminum : THP, Clozapine, Risperidone, vitamin b campur dan zink.
- c. Pasien mampu menyebutkan prinsip 6 benar minum obat : benar nama, benar obat, benar kadaluarsa, benar jadwal, benar manfaat, dan benar efek samping.

- d. Pasien tampak menutup hidung dan menghindar dari tempat duduknya.
- e. Pasien mampu melakukan tindakan menghardik dengan baik dan benar
- f. Pasien nyambung ketika diajak bicara
- g. Pasien tampak kooperatif ketika diajak berbicara.
- h. Pasien tampak sendirian
- i. Pasien tampak diam

Analisa :

GSP : Halusinasi Penciuman dengan kemampuan pasien bertambah namun tanda dan gejala masih ada.

Planning :

Pasien : Mengontrol halusinasi dengan menghardik dilakukan 1 kali sehari, minum obat prinsip 6 benar dilakukan 2 kali sehari dan bercakap – cakap dilakukan 1 kali sehari.

Perawat : Lanjutkan cara mengontrol halusinasi SP 4 oleh perawat

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Konsep Medik

Pada kasus terdiagnosa F20.3 yaitu termasuk ke dalam skizofrenia tak terinci dengan halusinasi, yang menunjukkan bahwa pasien dalam kasus ini adalah pasien mengatakan melihat bayangan hanya siang hari itu saja, tetapi sebelumnya juga pernah melihat sosok makhluk gaib tetapi tidak tentu waktunya. Pasien mengatakan kalau melihat bayangan hanya diam sampai bayangan itu hilang. Pasien mengatakan mencium bau tidak enak, seperti bau bedak yang aromanya tidak enak padahal disekitar pasien tidak ada yang sedang menggunakan bedak. Pasien mengatakan bau muncul pada saat siang hari jam 11.00. Pasien mengatakan bau muncul sekitar 10 menit dan saat tidak berinteraksi dengan perawat pasien tampak sesekali bengong. Pada faktor predisposisi pasien mengalami depresi yang menyebabkan pasien menjadi gangguan jiwa berat yaitu skizofrenia.

Pengobatan yang didapatkan pada kasus yaitu tpyhexilpendil (THP) 2 x 2 mg/oral untuk mengatasi efek samping obat, chlozapin 1 x 25mg/oral bekerja dengan cara menyeimbangkan dan menekan efek dari reaksi kimia yang terjadi di dalam otak sehingga membantu mengurangi gejala psikosis, risperidone 2 x 2 mg/oral untuk mengobati gangguan mental obat ini bekerja dengan menghambat reseptor dopamin. Pasien juga mendapatkan obat zink 2 x 1 tablet/oral dan vitamin B campur 2 x 1 kapsul/oral.

B. Pengkajian

Faktor predisposisi pada kasus yang berkaitan dengan faktor biologis adalah tidak ada. Pada faktor psikologis yang sebabkan oleh pola asuh orang tua pasien terhadap pasien. Semasa pasien hidup dengan ibunya, pasien selalu dimanjakan oleh ibunya, pasien tidak bekerja, pasien

mendapatkan uang dari saudara – saudaranya. Ketika ibunya meninggal, pasien tinggal sendirian dan tidak mempunyai teman. Dan pada faktor sosialkultural pasien juga memiliki tingkat pendidikan yang rendah yaitu Sekolah Menengah Pertama (SMP) karena pasien belum sempat tamat di Sekolah Menengah Atas (SMA) dan penghasilan pasien tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari – harinya.

Menurut Fajar (2016), hasil penelitian di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor menunjukkan bahwa pada faktor predisposisi , penyebab pada aspek biologis terbanyak adalah pasien pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya yaitu sebanyak 56,2% dan terkecil trauma kepala 10,5%. Faktor psikologis salah satu putus sekolah 10,5% dan penghasilan kurang sebanyak 11.1 %.

Pada faktor presipitasi pada kasus ditemukan bahwa pasien mengalami kemiskinan atau ekonomi rendah. Di panti pasien hanya melakukan kegiatan menyapu dan mencuci yang nantinya pasien akan dibayar 10.000/bulan saja. Menurut Fajar (2016), hasil penelitian di RS Marzoeki Mahdi Bogor faktor presipitasi yang dapat menyebabkan gangguan jiwa salah satunya adalah ekonomi rendah atau penghasilan rendah sebanyak 8.8 %. Untuk kasus kelolahan pasien juga disebabkan karena adanya ketidakpatuhan minum obat sehingga menyebabkan pasien relaps.

Tanda dan gejala pasien halusinasi yang sering muncul pada saat dikaji yaitu pasien tampak suka diam, suka menyendiri dan saat tidak berinteraksi dengan perawat pasien tampak sesekali bengong. Pasien mengatakan melihat bayangan hanya siang hari itu saja, tetapi sebelumnya juga pernah melihat sosok makhluk gaib tetapi tidak tentu waktunya. Pasien mengatakan kalau melihat bayangan hanya diam sampai bayangan itu hilang. Pasien mengatakan mencium bau tidak enak, seperti bau bedak yang aromanya tidak enak padahal disekitar pasien tidak ada yang sedang menggunakan

bedak. Pasien mengatakan bau muncul pada saat siang hari jam 11.00. Pasien mengatakan bau muncul sekitar 10 menit. Pada teori pasien yang mengalami halusinasi penglihatan adalah adanya stimulus penglihatan dalam kilatan cahaya, gambar geometris, gambar karton atau panorama yang luas dan kompleks. Penglihatan dapat berupa sesuatu yang menyenangkan atau sesuatu yang menakutkan. Pada teori pasien yang mengalami halusinasi penciuman adalah mencium bau - bau seperti bau darah, urine, fases umumnya bau - bau yang tidak menyenangkan (Yusalia, 2015).

Faktor pendukung yang mempermudah perawat dalam melakukan pengkajian adalah adanya kerjasama pasien langsung dalam memberikan informasi terkait dirinya dan juga pasien senantiasa mau meluangkan waktu untuk dikaji oleh perawat. Faktor penghambat perawat pada saat pengkajian adalah harus memfokuskan pembicaraan karena pasien suka mengulang – ulang pembicaraan yang sudah dikatakannya, serta keterbatasan kemampuan perawat dalam berinteraksi karena hal ini merupakan pengalaman baru yang belum terbiasa untuk melakukan pengkajian kepada pasien dengan gangguan jiwa.

C. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada umumnya menggunakan diagnose PES, yaitu *problem*, etiologi, dan *symptom*, namun diagnosa keperawatan jiwa menggunakan diagnosa tunggal berdasarkan kajian pakar dan ketentuan pakar keperawatan jiwa. Tanda dan gejala yang ditunjukkan pada klien bahwa diagnosa keperawatan utama yang menjadi *core problem* adalah gangguan sensori persepsi: halusinasi penglihatan dan penciuman, pada kasus pasien tampak suka diam, suka menyendiri dan saat tidak berinteraksi dengan perawat pasien tampak sesekali bengong. Pasien mengatakan melihat bayangan hanya siang hari itu saja, tetapi sebelumnya juga pernah melihat sosok makhluk gaib tetapi tidak tentu waktunya. Pasien mengatakan

kalau melihat bayangan hanya diam sampai bayangan itu hilang. Pasien mengatakan mencium bau tidak enak, seperti bau bedak yang aromanya tidak enak padahal disekitar pasien tidak ada yang sedang menggunakan bedak. Pasien mengatakan bau muncul pada saat siang hari jam 11.00. Pasien mengatakan bau muncul sekitar 10 menit. Hal ini didukung dalam teori dimana masalah utama adalah prioritas masalah dari beberapa masalah yang sesuai dengan tanda dan gejala pada pasien saat dilakukan pengkajian (Yusuf, 2015).

Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus terkait diagnosa keperawatan. Pada teori (Yusuf, 2015) menjelaskan bahwa masalah keperawatan pada pasien dengan halusinasi, yaitu : halusinasi sebagai *core problem*, isolasi sosial sebagai *causa* dan resiko perilaku kekarasan sebagai *effect*. Pada kasus ditemukan adanya resiko bunuh diri sebagai *effect*.

Penulis menjadikan gangguan sensori persepsi : halusinasi penglihatan dan penciuman sebagai masalah keperawatan utama dan masalah yang harus segera ditangani. Pada kasus Ny. L halusinasi penglihatan dan penciuman yang diderita pada fase *condemning severe level of anxiety*. Pengalaman sensori yang menjijikan dan menakutkan jika pasien mencium atau melihat halusinasi tersebut.

Faktor pendukung yang mempermudah perawat dalam merumuskan diagnosa keperawatan yaitu ketersediaan buku referensi yang terkait dengan asuhan keperawatan pasien dengan halusinasi. Tidak terdapat adanya faktor penghambat dalam merumuskan diagnosa keperawatan.

D. Rencana Keperawatan

Perencanaan disusun setelah menyusun diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas masalah. Tujuan dalam perencanaan harus SMART, yaitu *Specific*, *Measurable*, *Archivable*, *Rasionable*, dan *Time*. Pada kasus perawat sudah

menggunakan kriteria hasil SMART, yaitu *Specific* dalam menyusun perencanaan tindakan keperawatan berupa strategi pelaksanaan (SP) pelaksanaan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang dialami pasien yaitu halusinasi. *Measurable* yaitu perawat dapat mengukur perkembangan pasien berdasarkan kriteria evaluasi. *Archivable* yaitu dalam setiap strategi pelaksanaan (SP) perawat menyesuaikan dengan kemampuan atau merencanakan perencanaan sesuai dengan kondisi pasien. *Rasionable* yaitu setiap melakukan tindakan keperawatan ada rasionalnya. *Time* yaitu dalam setiap melakukan tindakan keperawatan ada batasan waktu untuk mencapai tujuan.

Pada kasus, SP 1 yaitu latih pasien untuk menghardik untuk melawan halusinasi pada pasien perawat merencanakan waktu 3 kali pertemuan dan SP 2 yaitu minum obat untuk menyeimbangkan hormon yang ada di otak perawat merencanakan waktu 3 kali pertemuan, hal ini dikarenakan pasien yang hanya berpendidikan SMP sulit untuk menerima informasi baru dan sebelumnya pasien tidak tau mengenai informasi minum obat dengan benar. Strategi pelaksanaan atau SP 3 bercakap – cakap dan SP 4 melakukan aktifitas yang disenang yaitu untuk mendistraksikan atau mengalihkan perhatian pasien ke hal yang lain agar tidak terlalu fokus oleh halusinasinya perawat merumuskan 3 kali pertemuan.

Faktor pendukung yang memudahkan penulis dalam menyusun rencana tindakan untuk individu adalah tersedianya buku referensi yang ada dipustaka baik buku, jurnal maupun internet. Tidak ada faktor penghambat dalam membuat rencana tindakan keperawatan.

E. Implementasi Keperawatan

Berdasarkan teori teknik komunikasi terapeutik pada pasien halusinasi ialah perbanyak aktivitas komunikasi, baik meminta komunikasi kepada pasien

lain ataupun dengan perawat (Sarfika, 2018). Dalam kasus dapat diterapkan karena pasien kooperatif jika dilakukan implementasi.

Pada kasus, SP 1 yaitu latih pasien untuk menghardik untuk melawan halusinasi pada pasien perawat melakukan 2 kali pertemuan dan SP 2 yaitu minum obat untuk menyeimbangkan hormon yang ada di otak perawat merencanakan waktu 3 kali pertemuan. SP 3 bercakap – cakap 1 kali pertemuan. Perawat tidak melakukan terapi aktivitas kelompok (TAK) dan SP 4 melakukan aktifitas yang disenang yaitu untuk mendistraksikan atau mengalihkan perhatian pasien ke hal yang lain agar tidak terlalu fokus oleh halusinasinya perawat merumuskan pada pasien karena terbatasnya waktu antara pasien dengan perawat.

Faktor pendukung yang memudahkan perawat dalam melakukan implementasi keperawatan adalah adanya kerjasama pasien yang telah mau melakukan implementasi keperawatan. Hal ini penting karena menunjukkan keinginan pasien untuk sembuh dan dapat mengontrol halusinasinya. Faktor penghambat dalam melakukan implementasi keperawatan adalah keterbatasan waktu perawat.

F. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan menggunakan pendekatan SOAP yang terdiri dari yaitu: S (subjektif) adalah respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan, O (objektif) merupakan respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku pasien saat tindakan, menanyakan kembali apa yang telah diajarkan atau memberi umpan balik sesuai dengan hasil observasi, A (analisis) merupakan analisis ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada atau muncul masalah baru. Dapat pula membandingkan hasil dan tujuan. P (*planning*) merupakan perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada

respon pasien yang terdiri dari tindak lanjut pasien, dan tindak lanjut perawat.

Pada SP 1 pertemuan pertama pasien sudah mampu mengenal apa itu halusinasi, pasien sudah mampu mandiri menunjukkan cara menghardik untuk mengontrol halusinasi. SP 1 dilakukan sebanyak 2 kali pertemuan. Pasien mengatakan melihat bayangan hanya siang hari itu saja, tetapi sebelumnya juga pernah melihat sosok makhluk gaib tetapi tidak tentu waktunya. Pasien mengatakan kalau melihat bayangan hanya diam sampai bayangan itu hilang.

Berdasarkan evaluasi SP 2 pertemuan pertama sampai ketiga pasien masih mengalami halusinasi penciuman dengan data pasien mengatakan mencium bau tidak enak, seperti bau bedak yang aromanya tidak enak padahal disekitar pasien tidak ada yang sedang menggunakan bedak. Pasien mengatakan bau muncul pada saat siang hari jam 11.00. Pasien mengatakan bau muncul sekitar 10 menit. SP 2 dilakukan sebanyak 3 kali pertemuan. Pada pertemuan kedua pasien mampu menyebutkan nama obat yang diminum : THP, Clozapine dan Risperidone. Pasien menyebutkan prinsip 6 benar minum obat : benar nama, benar obat, benar kadaluarsa, dan benar jadwal. Pada pertemuan ketiga pasien Pasien menyebutkan nama obat yang diminum : THP, Clozapine, Risperidone, vitamin b campur, dan zink. Pasien menyebutkan prinsip 6 benar minum obat : benar nama, benar obat, benar kadaluarsa, benar jadwal, benar manfaat, dan benar efek samping.

Pada SP 3 pertemuan pertama pasien sudah mampu mandiri menunjukkan cara bercakap - cakap untuk mengontrol halusinasi. Pasien mengatakan masih mengalami halusinasi dengan data pasien mengatakan mencium bau tidak enak, seperti bau bedak yang aromanya tidak enak padahal disekitar pasien tidak ada yang sedang menggunakan bedak. Pasien mengatakan bau

muncul pada saat siang hari jam 11.00. Pasien mengatakan bau muncul sekitar 10 menit.

Perubahan yang terjadi pada pasien setelah dilakukan intervensi adalah pasien kemampuan pasien bertambah dalam mengontrol halusinasi dengan melakukan tiga cara mulai dari menghardik, minum obat prinsip 6 benar dengan teratur, dan bercakap – cakap bersama orang lain.

Faktor pendukung yang memudahkan perawat dalam melakukan evaluasi keperawatan adalah perawat adanya acuan yang jelas mengenai pencapaian yang seharusnya ditunjukkan pasien setelah dilakukan asuhan keperawatan baik pada evaluasi proses maupun evaluasi akhir. Faktor penghambat dalam evaluasi keperawatan pasien adalah perawat tidak dapat memberikan tindak lanjut untuk asuhan keperawatan yang berkesinambungan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Ny. L (50 tahun) dengan diagnosa medis skizofrenia tak terinci. Faktor predisposisi pada Ny. L adalah faktor biologis tidak ada. Faktor psikologis yaitu dengan pola asuh permisif dan mekanisme koping keluarga tidak efektif. Semasa pasien hidup dengan ibunya, pasien selalu dimanjakan oleh ibunya, pasien tidak bekerja, pasien mendapatkan uang dari saudara – saudaranya. Ketika ibunya meninggal, pasien tinggal sendirian dan tidak mempunyai teman. Faktor sosialkultural pasien juga memiliki tingkat pendidikan yang rendah yaitu Sekolah Menengah Pertama (SMP) dan penghasilan pasien tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari – harinya. Faktor presipitasi Ny. L adalah faktor biologis dan faktor psikologis tidak ada. Faktor sosialkultural yaitu pasien mengalami kemiskinan atau ekonomi rendah dan adanya relaps karena ketidakpatuhan minum obat ketika pasien di panti. Diagnosa keperawatan pada Ny. L adalah gangguan sensori persepsi : halusinasi penglihatan dan penciuman. Pohon masalah untuk *core problem* pada Ny. L adalah halusinasi penglihatan dan penciuman, *causa* pada Ny. L adalah isolasi sosial dan ditemukan *effect* resiko bunuh diri pada pasien.

Perencanaan pada Ny. L adalah lakukan SP 1 latih pasien dengan menghardik sebanyak 3 kali pertemuan, lakukan SP 2 latih pasien minum obat dengan prinsip 6 benar sebanyak 3 kali pertemuan, lakukan SP 3 latih pasien dengan bercakap – cakap sebanyak 3 kali pertemuan, dan lakukan SP 4 latih pasien dengan melakukan aktivitas sebanyak 3 kali pertemuan. Pelaksanaan pada Ny. L adalah lakukan SP 1 latih pasien dengan menghardik sebanyak 2 kali pertemuan, lakukan SP 2 latih pasien minum obat dengan prinsip 6 benar sebanyak 3 kali pertemuan dan lakukan SP 3

latih pasien dengan bercakap – cakap sebanyak 1 kali pertemuan. Evaluasi pada Ny. L dilakukan dengan menggunakan evaluasi somatif dan formatif. Evaluasi somatif atau hasil adalah evaluasi yang dilakukan untuk menilai atau membandingkan respon pasien dengan tujuan umum maupun khusus tindakan tersebut. Kemampuan pasien yang bertambah adalah pasien mampu melakukan tindakan mengontrol halusinasi dari menghardik, minum obat dengan prinsip 6 benar dan bercakap – cakap dengan orang lain. Evaluasi proses atau formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama tindakan untuk menilai bagaimana proses pelaksanaan tindakan keperawatan baik dengan adanya hambatan ataupun tidak.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi institusi pendidikan
 - a. Menambah kompetensi mahasiswa dalam komunikasi dengan pasien gangguan jiwa.
 - b. Melatih lebih kemampuan mahasiswa untuk berinteraksi secara langsung dengan pasien gangguan jiwa
2. Bagi rumah sakit
 - a. Rumah sakit diharapkan bisa menambah fasilitas dan senantiasa menciptakan lingkungan yang terapeutik guna mempercepat penyembuhan pasien.
 - b. Perawat sebaiknya selalu mengawasi dan memberi dukungan pada pasien memperhatikan kebutuhan pasien, selain itu perawat juga harus memotivasi pasien agar melakukan kegiatan yang dapat mengontrol halusinasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, D.R. 2013 *Relaps Pada Pasien Skizofrenia*. 1, 53 – 65. Jurnal Psikologi Terapan.
- B.A, Keliat, Akemat, Helena Novy, N. H. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas CMHN (Basic Course)*. Jakarta: EGC.
- Baradero, M, Mary, Dayrit. W., dan Anastashia, M. (2015). *Kesehatan Mental Psikiatri*. Jakarta: EGC.
- BudiAnna, K. dan A. (2013). *Keperawatan Jiwa: Terapi Aktivitas Kelompok*. Jakarta: EGC.
- C, Katona., Cooper, C., Robertson, M. (2012). *At a Glance Psikiatri Edisi Keempat*. Jakarta: Erlangga.
- Dirgayunita, A. (2016). *Journal An-Nafs: Kajian Dan Penelitian Psikologi*, 1, 1–14.
- Djamarah, S. B. (2014). *Pola Asuh Orang Tua dan Komunikasi Dalam Keluarga: Upaya Membangun Citra Membentuk Pribadi Anak*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Elvira. (2013). *Buku Ajar Psikiatri Edisi Kedua*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI.
- Fajar, R. dan M. A. (2016). *Analisa Faktor-Faktor Penyebab Gangguan Jiwa Menggunakan Pendekatan Model Adaptasi Stres Stuart*. 5, 34–39.
- Harnilawati. (2013). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Sulawesi Selatan: Pustaka As Salam.
- Hendarsyah, F. (2016). *Diagnosis dan Tatalaksana Skizofrenia Paranoid dengan Gejala-Gejala Positif dan Negatif*. 4, 57–62.
- Juhardin, H. Jamaluddin Hos, dan H. S. R. (2016). *Dampak Pola Asuh Orang Tua Terhadap Perilaku Anak*. 148–161.

- Kaplan, H.L., Sadock, B. . (2010). *Gangguan Mood Dalam Sinopsis Psikiatri*. Tangerang: Binarupa Aksara.
- Keliat, B. (2015). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Prabowo, E. (2014). *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rahkmat. (2012). *Psikologi Komunikasi Edisi Revisi*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Sarfika, R., Maisa, E., dan Freska, W. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Dasar 2 Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan (Pertama)*. Padang: Andalas Press.
- Setiadi. (2012). *Konsep dan Penulisan Dokumentasi Proses Keperawatan Teori dan Praktik*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Stuart, G.W., dan Sundenen, S. (2013). *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 6*. Jakarta: EGC.
- _____. (2015). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- _____. (2016). *Keperawatan Jiwa Edisi 6*. Jakarta: EGC.
- Sutejo. (2016). *Keperawatan Jiwa, Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa : Gangguan Jiwa dan Psikososial Edisi 1*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- _____. (2018). *Keperawatan Jiwa, Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa : Gangguan Jiwa dan Psikososial*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Yosep, H. L., dan Sutini, T. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance Mental Health Nursing*. Bandung: Refika Aditama.

Yudhantara, S. 2018. *Sinosis Skizofrenia untuk Mahasiswa Kedokteran*. Malang: UB Press.

Yusuf, A. dkk. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

(Riskesdas), R. K. D. (2018). *Kesehatan Jiwa*.

http://www.depkes.go.id/resource/download/infoterkini/materi_rakorpop_2018/Hasil Riskesdas 2018.pdf - Diakses Maret 2020 Pukul 17.00

(WHO), W. H. O. (2018). *Mental Health*.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/> - Diakses pada Maret 2020 Pukul 15.00

Yusalia, R. (2015). *Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Halusinasi*.

www.academia.edu - Diakses Maret 2020 Pukul 15.30

LAMPIRAN

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

SP 1 Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

Penglihatan

SP 1 : Mengontrol halusinasi dengan menghardik

Pertemuan ke : 1 (satu)

Nama Pasien : Ny. L

Hari/Tanggal : Selasa, 7 Januari 2020

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

Data Subjektif :

- a. Pasien mengatakan melihat bayangan putih seperti asap disekitarnya
- b. Bayangan muncul pada saat siang hari
- c. Bayangan muncul sekitar 10 menit
- d. Bayangan muncul ketika pasien sendirian
- e. Pasien hanya diam ketika bayangan muncul.
- f. Bayangan muncul tidak menentu waktunya, namun sebelum pasien dirawat pasien sudah memiliki riwayat pernah melihat bayangan perempuan dalam wujud kelelawar, bayangan muncul sekitar 10 menit dan ketika pasien sendirian, pasien hanya diam ketika bayangan tersebut muncul.
- g. Selain itu, pasien juga melihat bayangan perempuan dengan baju panjang menembus tembok, muncul ketika pasien sendirian dan malam hari.
- h. Saat di ruang akut dan sub akut pasien mengatakan kadang suka melihat bayangan putih muncul namun waktunya tidak tentu

- i. Muncul saat tidak ada kegiatan,
- j. Pasien mengatakan takut ketika melihat bayangan putih tersebut.

Data Objektif :

- a. Pasien tampak diam
- b. Pasien tampak menyendiri
- c. Pasien tidak tampak gelisah
- d. Pasien nyambung ketika diajak bicara

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Penglihatan

3. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan tiga kali pertemuan pasien mampu mengontrol halusinasi dengan menghardik.

4. Tindakan Keperawatan

- a. Bina hubungan saling percaya
- b. Identifikasi Halusinasi : Jenis, Isi, Waktu, Frekuensi, situasi, respon dan upaya
- c. Latih cara menghardik saat halusinasi muncul
- d. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latih mengontrol halusinasi dengan menghardik.

B. Startegi Komunikasi

1. Tahap Pra Interaksi

Siapkan LP, SP, Askep, pasien dan diri perawat.

2. Tahap Orientasi

a. Salam Terapeutik

Selamat pagi ibu, sebelumnya perkenalkan saya suster Vivi ya bu, yang berdinasi pagi ini dari pukul 07.00 sampai 14.00 nanti. Nama ibu siapa dan senang dipanggil dengan nama apa ?

b. Evaluasi / Validasi

Apa kabar ibu L ? Bagaimana perasaannya saat ini? Apakah masih melihat bayangan putih ? Apa yang sudah ibu L lakukan saat melihat bayangan itu?

c. Kontrak

1) Topik dan Tujuan

Baik ibu L, hari ini kita akan berdiskusi dan belajar mengenai cara mengontrol halusinasi yaitu dengan menghardik, tetapi sebelumnya ibu L harus tau dulu apa itu halusinasi. Tujuannya agar ibu L dapat mengusir bayangan – bayangan palsu itu secara mandiri.

2) Waktu dan Tempat

Waktunya mau berapa lama nih ibu L kita berdiskusi dan belajar cara mengendalikan halusinasi dengan menghardik ? Bagaimana kalau 30 menit ? Tempatnya mau dimana nih ibu L ? . Baiklah kalau ibu L mau disini, kita mulai ya bu.

3. Tahap Kerja

a. Pengkajian

Ibu L saya ingin bertanya apakah ibu masih melihat bayangan putih atau ada yang lain ?. Ketika bayangan putih muncul ibu sedang melakukan apa ?. Munculnya berapa kali dalam sehari ?. Pada saat kapan bayangan putih tersebut muncul, apakah pada saat pagi, siang atau malam hari ?. Kalau bayangan putih itu muncul apa yang ibu L lakukan ?. Ibu L kalau melihat bayangan putih itu perasaannya atau respon ibu L seperti apa ?.

b. Penjelasan

Baik ibu L, berdasarkan dari jawaban yang sudah ibu sampaikan tadi ke suster, apa yang ibu L lihat itu namanya halusinasi. Jadi halusinasi itu adalah kondisi dimana ibu L merasakan adanya suatu hal tetapi sebenarnya itu tidak ada. halusinasi itu ada 5 jenis, yaitu : halusinasi pendengaran, halusinasi penglihatan, halusinasi penciuman, halusinasi perabaan, dan halusinasi pengecapan, dan yang ibu L rasakan sekarang adalah halusinasi penglihatan. Nah, suster punya cara untuk mengatasi bayangan itu, ada empat cara untuk melawan bayangan itu. Ada 4 cara yang pertama menghardik, minum obat, bercakap-cakap atau ngobrol-ngobrol dengan orang lain, dan yang terakhir melakukan aktivitas atau kegiatan. Nah, sekarang kita akan melakukan cara yang pertama dulu ya ibu L, yaitu dengan menghardik. Suster jelaskan dan peragakan terlebih dahulu baru nanti ibu L peragakan kembali ya.

c. Demonstrasi

Jadi yang pertama ibu harus menutup kedua mata ibu dengan kedua tangan ibu, lalu yang kedua sambil katakana “pergi....pergi....kamu bayangan palsu saya tidak mau lihat”. Nah seperti itu ya bu.

d. Redemonstrasi

Sekarang gantian ibu L yang peragakan ya coba ibu L lakukan. Wah, hebat, ibu sudah benar ya melakukannya.

4. Tahap Terminasi

a. Evaluasi Subjektif

Bagaimana perasaannya ibu L setelah kita belajar cara melawan halusinasi yaitu dengan menghardik ?

b. Evaluasi Objektif

Nah, sekarang coba ibu L ulangi lagi cara melawan halusinasi dengan menghardik ? Wah, hebat ya ibu L sudah melakukannya dengan baik dan benar !

c. Rencana Tindak Lanjut

Sejauh ini ibu L sudah bagus dan benar melakukan cara melawan halusinasi yaitu dengan menghardik. Sekarang kita masukan ke dalam jadwal harian ibu L ya. Jadi, ibu L lakukan menghardik mau dilakukan berapa kali sehari ? mau jam berapa ? Oke baiklah ibu L.

d. Rencana yang Akan Datang

Baik ibu L , besok suster ke sini lagi ya. Kita akan belajar cara melawan halusinasi dengan minum obat. Mau jam berapa ibu L ? oke sampai ketemu besok ya bu L. Suster pamit dulu.

Srategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

SP 2 Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

Penciuman

SP 1 : Mengontrol halusinasi dengan menghardik

Pertemuan ke : 2 (dua)

Nama Pasien : Ny. L

Hari/Tanggal : Rabu, 8 Januari 2020

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

Data Subjektif :

- a. Pasien mengatakan mencium bau tidak enak, seperti bau bedak yang aromanya tidak enak padahal disekitar pasien tidak ada yang sedang menggunakan bedak
- b. Ruangan sudah bersih dan tidak ada pasien lain yang sedang BAB atau BAK disekitar pasien
- c. Bau muncul pada saat siang hari jam 11.00
- d. Bau muncul sekitar 10 menit
- e. Bau muncul ketika pasien sendirian, saat tidak ada kegiatan dan pasien hanya diam dan menghindar ketika bau muncul.

Data Objektif :

- a. Pasien tampak sendirian, diam
- b. Pasien nyambung ketika diajak bicara
- c. Saat tidak berinteraksi dengan perawat pasien tampak sesekali bengong
- d. Pasien tampak kooperatif ketika diajak berbicara.
- e. Pasien tampak menutup hidung dan menghindar dari tempat duduknya.

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Penciuman

3. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan tiga kali pertemuan pasien mampu mengontrol halusinasi dengan menghardik.

4. Tindakan Keperawatan

- a. Bina hubungan saling percaya
- b. Identifikasi Halusinasi : Jenis, Isi, Waktu, Frekuensi, situasi, respon dan upaya
- c. Latih cara menghardik saat halusinasi muncul
- d. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latih mengontrol halusinasi dengan menghardik.

B. Startegi Komunikasi

1. Tahap Pra Interaksi

Siapkan LP, SP, Askep, pasien dan diri perawat.

2. Tahap Orientasi

- a. Salam Terapeutik

Selamat pagi ibu, sebelumnya berkenakan saya suster Vivi ya bu, yang berdinasi pagi ini dari pukul 07.00 sampai 14.00 nanti. Nama ibu siapa dan senang dipanggil dengan nama apa ?
- b. Evaluasi / Validasi

Apa kabar ibu L ? Bagaimana perasaannya saat ini? Apakah masih melihat bayangan putih ? Apa yang sudah ibu L lakukan saat melihat bayangan itu?
- c. Kontrak
 - 1) Topik dan Tujuan

Baik ibu L, hari ini kita akan berdiskusi dan belajar mengenai cara mengontrol halusinasi yaitu dengan menghardik, tetapi sebelumnya

ibu L harus tau dulu apa itu halusinasi. Tujuannya agar ibu L dapat mengusir bayangan – bayangan palsu itu secara mandiri.

2) Waktu dan Tempat

Waktunya mau berapa lama nih ibu L kita berdiskusi dan belajar cara mengendalikan halusinasi dengan menghardik ? Bagaimana kalau 30 menit ? Tempatnya mau dimana nih ibu L ? . Baiklah kalau ibu L mau disini, kita mulai ya bu.

3. Tahap Kerja

a. Pengkajian

Ibu L saya ingin bertanya apakah ibu masih melihat bayangan putih atau ada yang lain ?. Ketika bayangan putih muncul ibu sedang melakukan apa ?. Munculnya berapa kali dalam sehari ?. Pada saat kapan bayangan putih tersebut muncul, apakah pada saat pagi, siang atau malam hari ?. Kalau bayangan putih itu muncul apa yang ibu L lakukan ?. Ibu L kalau melihat bayangan putih itu perasaannya atau respon ibu L seperti apa ?.

b. Penjelasan

Baik ibu L, berdasarkan dari jawaban yang sudah ibu sampaikan tadi ke suster, apa yang ibu L lihat itu namanya halusinasi. Jadi halusinasi itu adalah kondisi dimana ibu L merasakan adanya suatu hal tetapi sebenarnya itu tidak ada. halusinasi itu ada 5 jenis, yaitu : halusinasi pendengaran, halusinasi penglihatan, halusinasi penciuman, halusinasi perabaan, dan halusinasi pengecapan, dan yang ibu L rasakan sekarang adalah halusinasi penglihatan. Nah, suster punya cara untuk mengatasi bayangan itu, ada empat cara untuk melawan bayangan itu. Ada 4 cara yang pertama menghardik, minum obat, bercakap-cakap atau ngobrol-ngobrol dengan orang lain, dan yang terakhir melakukan aktivitas atau kegiatan. Nah, sekarang kita akan melakukan cara yang pertama dulu ya ibu L, yaitu dengan menghardik. Suster jelaskan dan peragakan terlebih dahulu baru nanti ibu L peragakan kembali ya.

c. Demonstrasi

Jadi yang pertama ibu harus menutup kedua mata ibu dengan kedua tangan ibu, lalu yang kedua sambil katakan “pergi....pergi....kamu bayangan palsu saya tidak mau lihat”. Nah seperti itu ya bu.

d. Redemonstrasi

Sekarang gantian ibu L yang peragakan ya coba ibu L lakukan. Wah, hebat, ibu sudah benar ya melakukannya.

4. Tahap Terminasi

a. Evaluasi Subjektif

Bagaimana perasaannya ibu L setelah kita belajar cara melawan halusinasi yaitu dengan menghardik ?

b. Evaluasi Objektif

Nah, sekarang coba ibu L ulangi lagi cara melawan halusinasi dengan menghardik ? Wah, hebat ya ibu L sudah melakukannya dengan baik dan benar !

c. Rencana Tindak Lanjut

Sejauh ini ibu L sudah bagus dan benar melakukan cara melawan halusinasi yaitu dengan menghardik. Sekarang kita masukan ke dalam jadwal harian ibu L ya. Jadi, ibu L lakukan menghardik mau dilakukan berapa kali sehari ? mau jam berapa ? Oke baiklah ibu L.

d. Rencana yang Akan Datang

Baik ibu L , besok suster ke sini lagi ya. Kita akan belajar cara melawan halusinasi dengan minum obat. Mau jam berapa ibu L ? oke sampai ketemu besok ya bu L. Suster pamit dulu.

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

SP 2 Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

Penciuman

SP 2 : Mengontrol halusinasi dengan minum obat prinsip 6 benar

Pertemuan ke : 1 (satu)

Nama Pasien : Ny. L

Hari/Tanggal : Rabu, 8 Januari 2020

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

Data Subjektif :

- a. Pasien mengatakan mencium bau tidak enak, seperti bau bedak yang aromanya tidak enak padahal disekitar pasien tidak ada yang sedang menggunakan bedak.
- b. Ruangan sudah bersih dan tidak ada pasien lain yang sedang BAB atau BAK disekitar pasien.
- c. Bau muncul pada saat siang hari jam 11.00.
- d. Bau muncul sekitar 10 menit.
- e. Bau muncul ketika pasien sendirian, saat tidak ada kegiatan
- f. Pasien hanya diam dan menghindar ketika bau muncul.
- g. Pasien mengatakan ada 4 cara mengusir halusinasi yaitu dengan menghardik, minum obat, bercakap – cakap dan melakukan kegiatan
- h. Pasien mengatakan menghardik dengan menutup hidung dan mengusir bau “ pergi, pergi kamu bau palsu saya tidak mau cium”
- i. Pasien mengatakan akan menghardik jika bau itu muncul lagi

Data Objektif :

- a. Pasien tampak sendiria
- b. Pasien tampak diam
- c. Pasien nyambung ketika diajak bicara
- d. Saat tidak berinteraksi dengan perawat pasien tampak sesekali bengong
- e. Pasien tampak kooperatif ketika diajak berbicara.
- f. Pasien tampak menutup hidung dan menghindar dari tempat duduknya.
- g. Pasien mampu melakukan tindakan menghardik dengan baik dan benar.

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Penciuman

3. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan tiga kali pertemuan pasien mampu mengontrol halusinasi dengan meminum obat prinsip 6 benar.

4. Tindakan Keperawatan

- a. Bina hubungan saling percaya
- b. Identifikasi Halusinasi : Jenis, Isi, Waktu, Frekuensi, situasi, respon dan upaya
- c. Latih cara meminum obat dengan prinsip 6 benar saat halusinasi muncul
- d. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latih mengontrol halusinasi dengan menghardik dan meminum obat prinsip 6 benar.

B. Strategi Komunikasi**1. Tahap Pra Interaksi**

Siapkan LP, SP, Askep, pasien dan diri perawat.

2. Tahap Orientasi

- a. Salam Terapeutik

Selamat pagi ibu L, masih ingat dengan suster tidak ? iya betul ibu, suster yang berdinasi pagi ini dari pukul 07.00 sampai 14.00 nanti.

b. Evaluasi / Validasi

Apa kabar ibu L ? Bagaimana perasaannya saat ini? Apakah masih melihat bayangan putih ? Apakah ibu L sudah melakukan cara melawan halusinasi dengan menghardik saat melihat bayangan itu ?. Suster mau lihat bagaimana cara ibu melakukan menghardik. Wah ibu L hebat, sudah benar ya bu.

c. Kontrak

1) Topik dan Tujuan

Baik ibu L, hari ini kita akan belajar mengenai cara mengontrol halusinasi yaitu dengan meminum obat prinsip 6 benar. Tujuannya agar ibu L dapat mengusir bayangan – bayangan palsu itu secara mandiri.

2) Waktu dan Tempat

Waktunya mau berapa lama nih ibu L kita belajar cara mengontrol halusinasi dengan meminum obat prinsip 6 benar ? Bagaimana kalau 30 menit ? Tempatnya mau dimana nih ibu L ? . Baiklah kalau ibu L mau disini, kita mulai ya bu.

3. Tahap Kerja

a. Pengkajian

Ibu L saya ingin bertanya apakah ibu masih melihat bayangan putih atau ada yang lain ?. Baik ibu sudah tidak melihat bayangan putih tersebut, lalu apa yang ibu rasakan sekarang ?. Ibu L mencium bau tidak enak disekitar ibu ?. Ketika bau tersebut muncul ibu sedang melakukan apa ?. Munculnya berapa kali dalam sehari ?. Pada saat kapan bau tersebut muncul, apakah pada saat pagi, siang atau malam hari ?. Kalau bau itu muncul apa yang ibu L lakukan ?. Ibu L kalau mencium bau itu perasaannya atau respon ibu L seperti apa ?.

b. Penjelasan

Baik ibu L, berdasarkan dari jawaban yang sudah ibu sampaikan tadi ke suster, apa yang ibu L lihat itu namanya halusinasi. Tetapi halusinasi

yang ibu rasakan berbeda dari kemarin. Apakah ibu benar mencium bau tidak enak disekitar ibu ? baik kalau begitu ibu L, jadi seperti yang sudah suster jelaskan kemarin bahwa halusinasi itu adalah kondisi dimana ibu L merasakan adanya suatu hal tetapi sebenarnya itu tidak ada. Ibu L masih ingat ada berapa jenis halusinasi ?, betul ibu L ada 5 jenis halusinasi ya dan yang ibu L rasakan sekarang adalah halusinasi penciuman. Nah, kalau kemarin kita sudah belajar cara melawan halusinasi dengan menghardik, sekarang kita akan belajar cara mengontrol halusinasi dengan meminum obat prinsip 6 benar. Suster jelaskan dan peragakan terlebih dahulu baru nanti ibu L peragakan kembali ya.

c. Demonstrasi

Sebelumnya ibu L tahu ada berapa obat yang ibu minum ?. Jadi ibu L ada 5 jenis obat yang ibu minum, yang pertama THP 2 x 2 mg , yang kedua clozapine 1 x 25 mg, yang ketiga risperidone 2 x 2 mg, yang keempat vitamin b campur 2 x 1 kapsul, dan yang terakhir zink 2 x 1 tablet. THP untuk mengurangi efek samping dari obat – obat yang ibu minum, clozapine dan risperidone untuk mengatasi halusinasi ibu, dan vitamin b campur untuk menjaga tubuh ibu tetap sehat. Prinsip 6 benar yaitu : benar nama, benar obat, benar jadwal, benar dosis, benar cara pemakaian, dan benar kadaluarsa. Pastikan ibu L selalu meminum obat dan jangan diberhentikan tanpa konsultasi dengan dokter terlebih dahulu ya bu.

d. Redemonstrasi

Sekarang gantian ibu L yang jelaskan ya coba ibu L lakukan. Wah, hebat, ibu sudah benar ya melakukannya, tetapi masih ada beberapa hal yang ibu lupa dan lewatkan.

4. Tahap Terminasi

a. Evaluasi Subjektif

Bagaimana perasaannya ibu L setelah kita belajar cara mengontrol halusinasi yaitu dengan meminum obat prinsip 6 benar ?.

b. Evaluasi Objektif

Nah, sekarang coba ibu L ulangi lagi cara mengontrol halusinasi dengan meminum obat prinsip 6 benar ? Wah, hebat ya ibu L sudah melakukannya dengan baik, tetapi masih ada beberapa hal yang ibu lupa dan lewatkan.

c. Rencana Tindak Lanjut

Sejauh ini ibu L sudah bagus dan benar melakukan cara mengontrol halusinasi yaitu dengan meminum obat prinsip 6 benar. Sekarang kita masukan ke dalam jadwal harian ibu L ya. Jadi, ibu L lakukan meminum obat prinsip 6 benar mau dilakukan berapa kali sehari ? mau jam berapa ? Oke baiklah ibu L.

d. Rencana yang Akan Datang

Baik ibu L , besok suster ke sini lagi ya. Kita akan mengulangi lagi cara mengontrol halusinasi dengan minum obat prinsip 6 benar. Mau jam berapa ibu L ? oke sampai ketemu besok ya bu L. Suster pamit dulu.

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

SP 2 Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

Penciuman

SP 2 : Mengontrol halusinasi dengan meminum obat prinsip 6 benar

Pertemuan ke : 2 (dua)

Nama Pasien : Ny. L

Hari/Tanggal : Kamis, 9 Januari 2020

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

Data Subjektif :

- a. Pasien mengatakan mencium bau tidak enak, seperti bau bedak yang aromanya tidak enak padahal disekitar pasien tidak ada yang sedang menggunakan bedak.
- b. Pasien mengatakan bau muncul pada saat siang hari jam 11.00.
- c. Pasien mengatakan bau muncul sekitar 10 menit.
- d. Pasien mengatakan setiap mencium bau akan melakukan menghardik.
- e. Pasien menyebutkan nama obat yang diminum : THP, Clozapine dan Risperidone.
- f. Pasien menyebutkan prinsip 6 benar minum obat : benar nama dan benar obat.

Data Objektif :

- a. Pasien mampu menyebutkan nama obat yang diminum : THP, Clozapine dan Risperidone.
- b. Pasien mampu menyebutkan prinsip 6 benar minum obat : benar nama dan benar obat.

- c. Pasien tampak sendirian
- d. Pasien tampak diam
- e. Pasien nyambung ketika diajak bicara
- f. Saat tidak berinteraksi dengan perawat pasien tampak sesekali bengong
- g. Pasien tampak kooperatif ketika diajak berbicara.
- h. Pasien tampak menutup hidung dan menghindar dari tempat duduknya.
- i. Pasien mampu melakukan tindakan menghardik dengan baik dan benar.

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Penciuman

3. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan tiga kali pertemuan pasien mampu mengontrol halusinasi dengan meminum obat prinsip 6 benar.

4. Tindakan Keperawatan

- a. Bina hubungan saling percaya
- b. Identifikasi Halusinasi : Jenis, Isi, Waktu, Frekuensi, situasi, respon dan upaya
- c. Latih cara meminum obat dengan prinsip 6 benar saat halusinasi muncul
- d. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latih mengontrol halusinasi dengan menghardik dan meminum obat prinsip 6 benar.

B. Strategi Komunikasi

1. Tahap Pra Interaksi

Siapkan LP, SP, Askep, pasien dan diri perawat.

2. Tahap Orientasi

- a. Salam Terapeutik
Selamat pagi ibu L, masih ingat dengan suster tidak ? iya betul ibu, suster yang berdinasi pagi ini dari pukul 07.00 sampai 14.00 nanti.

b. Evaluasi / Validasi

Apa kabar ibu L ? Bagaimana perasaannya saat ini? Apakah masih melihat bayangan putih ? Apakah ibu L sudah melakukan cara melawan halusinasi dengan menghardik saat melihat bayangan itu ?. Suster mau lihat bagaimana cara ibu melakukan menghardik. Wah ibu L hebat, sudah benar ya bu.

c. Kontrak

1) Topik dan Tujuan

Baik ibu L, hari ini kita akan belajar mengenai cara mengontrol halusinasi yaitu dengan meminum obat prinsip 6 benar. Tujuannya agar ibu L dapat mengusir bayangan – bayangan palsu itu secara mandiri.

2) Waktu dan Tempat

Waktunya mau berapa lama nih ibu L kita belajar cara mengontrol halusinasi dengan meminum obat prinsip 6 benar ? Bagaimana kalau 30 menit ? Tempatnya mau dimana nih ibu L ? . Baiklah kalau ibu L mau disini, kita mulai ya bu.

C. Tahap Kerja

a. Pengkajian

Ibu L saya ingin bertanya apakah ibu masih melihat bayangan putih atau ada yang lain ?. Baik ibu sudah tidak melihat bayangan putih tersebut, lalu apa yang ibu rasakan sekarang ?. Ibu L mencium bau tidak enak disekitar ibu ?. Ketika bau tersebut muncul ibu sedang melakukan apa ?. Munculnya berapa kali dalam sehari ?. Pada saat kapan bau tersebut muncul, apakah pada saat pagi, siang atau malam hari ?. Kalau bau itu muncul apa yang ibu L lakukan ?. Ibu L kalau mencium bau itu perasaannya atau respon ibu L seperti apa ?.

b. Penjelasan

Baik ibu L, berdasarkan dari jawaban yang sudah ibu sampaikan tadi ke suster, apa yang ibu L lihat itu namanya halusinasi. Tetapi halusinasi yang

ibu rasakan berbeda dari kemarin. Apakah ibu benar mencium bau tidak enak disekitar ibu ? baik kalau begitu ibu L, jadi seperti yang sudah suster jelaskan kemarin bahwa halusinasi itu adalah kondisi dimana ibu L merasakan adanya suatu hal tetapi sebenarnya itu tidak ada. Ibu L masih ingat ada berapa jenis halusinasi ?, betul ibu L ada 5 jenis halusinasi ya dan yang ibu L rasakan sekarang adalah halusinasi penciuman. Nah, kalau kemarin kita sudah belajar cara melawan halusinasi dengan menghardik, sekarang kita akan belajar cara mengontrol halusinasi dengan meminum obat prinsip 6 benar. Suster jelaskan dan peragakan terlebih dahulu baru nanti ibu L peragakan kembali ya.

c. Demonstrasi

Sebelumnya ibu L tahu ada berapa obat yang ibu minum ?. Jadi ibu L ada 5 jenis obat yang ibu minum, yang pertama THP 2 x 2 mg , yang kedua clozapine 1 x 25 mg, yang ketiga risperidone 2 x 2 mg, yang keempat vitamin b campur 2 x 1 kapsul, dan yang terakhir zink 2 x 1 tablet. THP untuk mengurangi efek samping dari obat – obat yang ibu minum, clozapine dan risperidone untuk mengatasi halusinasi ibu, dan vitamin b campur untuk menjaga tubuh ibu tetap sehat. Prinsip 6 benar yaitu : benar nama, benar obat, benar jadwal, benar dosis, benar cara pemakaian, dan benar kadaluarsa. Pastikan ibu L selalu meminum obat dan jangan diberhentikan tanpa konsultasi dengan dokter terlebih dahulu ya bu

d. Redemonstrasi

Sekarang gantian ibu L yang jelaskan ya coba ibu L lakukan. Wah, hebat, ibu sudah benar ya melakukannya, tetapi masih ada beberapa hal yang ibu lupa dan lewatkan.

D. Tahap Terminasi

a. Evaluasi Subjektif

Bagaimana perasaannya ibu L setelah kita belajar cara mengontrol halusinasi yaitu dengan meminum obat prinsip 6 benar ?

b. Evaluasi Objektif

Nah, sekarang coba ibu L ulangi lagi cara mengontrol halusinasi dengan meminum obat prinsip 6 benar ? Wah, hebat ya ibu L sudah melakukannya dengan baik, tetapi masih ada beberapa hal yang ibu lupa dan lewatkan.

c. Rencana Tindak Lanjut

Sejauh ini ibu L sudah bagus dan benar melakukan cara mengontrol halusinasi yaitu dengan meminum obat prinsip 6 benar. Sekarang kita masukan ke dalam jadwal harian ibu L ya. Jadi, ibu L lakukan meminum obat prinsip 6 benar mau dilakukan berapa kali sehari ? mau jam berapa ? Oke baiklah ibu L.

d. Rencana yang Akan Datang

Baik ibu L , besok suster ke sini lagi ya. Kita akan mengulangi lagi cara mengontrol halusinasi dengan minum obat prinsip 6 benar. Mau jam berapa ibu L ? oke sampai ketemu besok ya bu L. Suster pamit dulu.

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

SP 2 Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

Penciuman

SP 2 : Mengontrol halusinasi dengan meminum obat prinsip 6 benar

Pertemuan ke : 3 (tiga)

Nama Pasien : Ny. L

Hari/Tanggal : Jumat, 10 Januari 2020

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

Data Subjektif :

- a. Pasien mengatakan mencium bau tidak enak, seperti bau bedak yang aromanya tidak enak padahal disekitar pasien tidak ada yang sedang menggunakan bedak.
- b. Pasien mengatakan bau muncul pada saat siang hari jam 11.00.
- c. Pasien mengatakan bau muncul sekitar 10 menit.
- d. Pasien mengatakan setiap mencium bau akan melakukan menghardik.
- e. Pasien menyebutkan nama obat yang diminum : THP, Clozapine dan Risperidone.
- f. Pasien menyebutkan prinsip 6 benar minum obat : benar nama, benar obat, benar kadaluarsa, dan benar jadwal.

Data Objektif :

- a. Pasien mampu menyebutkan nama obat yang diminum : THP, Clozapine dan Risperidone.
- b. Pasien mampu menyebutkan prinsip 6 benar minum obat : benar nama, benar obat, benar kadaluarsa dan benar jadwal.

- c. Pasien tampak menutup hidung dan menghindar dari tempat duduknya.
- d. Pasien mampu melakukan tindakan menghardik dengan baik dan benar.
- e. Pasien tampak sendirian
- f. Pasien tampak diam
- g. Pasien nyambung ketika diajak bicara
- h. Saat tidak berinteraksi dengan perawat pasien tampak sesekali bengong
- i. Pasien tampak kooperatif ketika diajak berbicara.

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Penciuman

3. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan tiga kali pertemuan pasien mampu mengontrol halusinasi dengan meminum obat prinsip 6 benar.

4. Tindakan Keperawatan

- a. Bina hubungan saling percaya
- b. Identifikasi Halusinasi : Jenis, Isi, Waktu, Frekuensi, situasi, respon dan upaya
- c. Latih cara meminum obat dengan prinsip 6 benar saat halusinasi muncul
- d. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latih mengontrol halusinasi dengan menghardik dan meminum obat prinsip 6 benar.

B. Strategi Komunikasi

1. Tahap Pra Interaksi

Siapkan LP, SP, Askep, pasien dan diri perawat.

2. Tahap Orientasi

- a. Salam Terapeutik

Selamat pagi ibu L, masih ingat dengan suster tidak ? iya betul ibu, suster yang berdinasi pagi ini dari pukul 07.00 sampai 14.00 nanti.

b. Evaluasi / Validasi

Apa kabar ibu L ? Bagaimana perasaannya saat ini? Apakah masih melihat bayangan putih ? Apakah ibu L sudah melakukan cara melawan halusinasi dengan menghardik saat melihat bayangan itu ?. Suster mau lihat bagaimana cara ibu melakukan menghardik. Wah ibu L hebat, sudah benar ya bu.

c. Kontrak

1) Topik dan Tujuan

Baik ibu L, hari ini kita akan belajar mengenai cara mengontrol halusinasi yaitu dengan meminum obat prinsip 6 benar. Tujuannya agar ibu L dapat mengusir bayangan – bayangan palsu itu secara mandiri.

2) Waktu dan Tempat

Waktunya mau berapa lama nih ibu L kita belajar cara mengontrol halusinasi dengan meminum obat prinsip 6 benar ? Bagaimana kalau 30 menit ? Tempatnya mau dimana nih ibu L ? . Baiklah kalau ibu L mau disini, kita mulai ya bu.

C. Tahap Kerja

a. Pengkajian

Ibu L saya ingin bertanya apakah ibu masih melihat bayangan putih atau ada yang lain ?. Baik ibu sudah tidak melihat bayangan putih tersebut, lalu apa yang ibu rasakan sekarang ?. Ibu L mencium bau tidak enak disekitar ibu ?. Ketika bau tersebut muncul ibu sedang melakukan apa ?. Munculnya berapa kali dalam sehari ?. Pada saat kapan bau tersebut muncul, apakah pada saat pagi, siang atau malam hari ?. Kalau bau itu muncul apa yang ibu L lakukan ?. Ibu L kalau mencium bau itu perasaannya atau respon ibu L seperti apa ?.

b. Penjelasan

Baik ibu L, berdasarkan dari jawaban yang sudah ibu sampaikan tadi ke suster, apa yang ibu L lihat itu namanya halusinasi. Tetapi halusinasi yang ibu rasakan berbeda dari kemarin. Apakah ibu benar mencium bau tidak enak disekitar ibu ? baik kalau begitu ibu L, jadi seperti yang sudah suster jelaskan kemarin bahwa halusinasi itu adalah kondisi dimana ibu L merasakan adanya suatu hal tetapi sebenarnya itu tidak ada. Ibu L masih ingat ada berapa jenis halusinasi ?, betul ibu L ada 5 jenis halusinasi ya dan yang ibu L rasakan sekarang adalah halusinasi penciuman. Nah, kalau kemarin kita sudah belajar cara melawan halusinasi dengan menghardik, sekarang kita akan belajar cara mengontrol halusinasi dengan meminum obat prinsip 6 benar. Suster jelaskan dan peragakan terlebih dahulu baru nanti ibu L peragakan kembali ya.

c. Demonstrasi

Sebelumnya ibu L tahu ada berapa obat yang ibu minum ?. Jadi ibu L ada 5 jenis obat yang ibu minum, yang pertama THP 2 x 2 mg , yang kedua clozapine 1 x 25 mg, yang ketiga risperidone 2 x 2 mg, yang keempat vitamin b campur 2 x 1 kapsul, dan yang terakhir zink 2 x 1 tablet. THP untuk mengurangi efek samping dari obat – obat yang ibu minum, clozapine dan risperidone untuk mengatasi halusinasi ibu, dan vitamin b campur untuk menjaga tubuh ibu tetap sehat. Prinsip 6 benar yaitu : benar nama, benar obat, benar jadwal, benar dosis, benar cara pemakaian, dan benar kadaluarsa. Pastikan ibu L selalu meminum obat dan jangan diberhentikan tanpa konsultasi dengan dokter terlebih dahulu ya bu

d. Redemonstrasi

Sekarang gantian ibu L yang jelaskan ya coba ibu L lakukan. Wah, hebat, ibu sudah benar ya melakukannya, tetapi masih ada beberapa hal yang ibu lupa dan lewatkan.

D. Tahap Terminasi

a. Evaluasi Subjektif

Bagaimana perasaannya ibu L setelah kita belajar cara mengontrol halusinasi yaitu dengan meminum obat prinsip 6 benar ?.

b. Evaluasi Objektif

Nah, sekarang coba ibu L ulangi lagi cara mengontrol halusinasi dengan meminum obat prinsip 6 benar ? Wah, hebat ya ibu L sudah melakukannya dengan baik, tetapi masih ada beberapa hal yang ibu lupa dan lewatkan.

c. Rencana Tindak Lanjut

Sejauh ini ibu L sudah bagus dan benar melakukan cara mengontrol halusinasi yaitu dengan meminum obat prinsip 6 benar. Sekarang kita masukan ke dalam jadwal harian ibu L ya. Jadi, ibu L lakukan meminum obat prinsip 6 benar mau dilakukan berapa kali sehari ? mau jam berapa ? Oke baiklah ibu L.

d. Rencana yang Akan Datang

Baik ibu L , besok suster ke sini lagi ya. Kita akan mengulangi lagi cara mengontrol halusinasi dengan minum obat prinsip 6 benar. Mau jam berapa ibu L ? oke sampai ketemu besok ya bu L. Suster pamit dulu.

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

SP 3 Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

Penciuman

SP 3 : Mengontrol halusinasi dengan bercakap - cakap

Pertemuan ke : 1 (satu)

Nama Pasien : Ny. L

Hari/Tanggal : Sabtu, 11 Januari 2020

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

Data Subjektif :

- a. Pasien mengatakan mencium bau tidak enak, seperti bau bedak yang aromanya tidak enak padahal disekitar pasien tidak ada yang sedang menggunakan bedak.
- b. Pasien mengatakan bau muncul pada saat siang hari jam 11.00.
- c. Pasien mengatakan bau muncul sekitar 10 menit.
- d. Pasien mengatakan setiap mencium bau akan melakukan menghardik.
- e. Pasien menyebutkan nama obat yang diminum : THP, Clozapine, Risperidone, vitamin b campur dan zink.
- f. Pasien menyebutkan prinsip 6 benar minum obat : benar nama, benar obat, benar kadaluarsa, benar jadwal, benar manfaat, dan benar efek samping.

Data Objektif :

- a. Pasien mampu menyebutkan nama obat yang diminum : THP, Clozapine, Risperidone, vitamin b campur dan zink.

- b. Pasien mampu menyebutkan prinsip 6 benar minum obat : benar nama, benar obat, benar kadaluarsa, benar jadwal, benar manfaat, dan benar efek samping.
- c. Pasien tampak menutup hidung dan menghindar dari tempat duduknya.
- d. Pasien mampu melakukan tindakan menghardik dengan baik dan benar
- e. Pasien nyambung ketika diajak bicara
- f. Pasien tampak kooperatif ketika diajak berbicara.
- g. Pasien tampak sendirian
- h. Pasien tampak diam
- i. Saat tidak berinteraksi dengan perawat pasien tampak sesekali bengong.

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Penciuman

3. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan tiga kali pertemuan pasien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap bersama orang lain.

4. Tindakan Keperawatan

- a. Bina hubungan saling percaya
- b. Identifikasi Halusinasi : Jenis, Isi, Waktu, Frekuensi, situasi, respon dan upaya
- c. Latih cara bercakap – cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul
- d. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latih mengontrol halusinasi dengan menghardik, meminum obat prinsip 6 benar, dan bercakap – cakap dengan orang lain.

B. Strategi Komunikasi

1. Tahap Pra Interaksi

Siapkan LP, SP, Askep, pasien dan diri perawat.

2. Tahap Orientasi

a. Salam Terapeutik

Selamat pagi ibu L, masih ingat dengan suster tidak ? iya betul ibu, suster yang berdinasi pagi ini dari pukul 07.00 sampai 14.00 nanti.

b. Evaluasi / Validasi

Apa kabar ibu L ? Bagaimana perasaannya saat ini? Apakah masih mencium bau disekitar ibu ? Apakah ibu L sudah melakukan cara melawan halusinasi dengan menghardik dan minum obat prinsip 6 benar saat mencium bau itu ?. Suster mau lihat bagaimana cara ibu melakukan menghardik. Wah ibu L hebat, sudah benar ya bu. Coba ibu L sebutkan apa saja obat yang ibu minum dan prinsip 6 benar minum obat ?, iya ibu L, sudah baik ya bu.

c. Kontrak

1) Topik dan Tujuan

Baik ibu L, hari ini kita akan belajar mengenai cara mengontrol halusinasi yaitu dengan bercakap – cakap dengan orang lain. Tujuannya agar ibu L dapat mengusir bau itu secara mandiri.

2) Waktu dan Tempat

Waktunya mau berapa lama nih ibu L kita belajar cara mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap bersama orang lain ? Bagaimana kalau 30 menit ? Tempatnya mau dimana nih ibu L ? . Baiklah kalau ibu L mau disini, kita mulai ya bu.

3. Tahap Kerja

a. Pengkajian

Ibu L saya ingin bertanya apakah ibu masih mencium bau disekitar ibu atau ada yang lain ?. Baik ibu masih mencium bau tersebut. Ketika bau tersebut muncul ibu sedang melakukan apa ?. Apakah munculnya masih sama seperti kemarin ?. Pada saat kapan bau tersebut muncul, apakah pada saat pagi, siang atau malam hari ?. Kalau bau itu muncul apa yang ibu L lakukan ?. Apakah ibu melakukan cara melawan halusinasi dengan

menghardik dan minum obat prinsip 6 benar ?. Ibu L kalau mencium bau itu perasaannya atau respon ibu L seperti apa ?

b. Penjelasan

Baik ibu L, sekarang kita akan belajar cara mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap bersama orang lain. Suster jelaskan dan peragakan terlebih dahulu baru nanti ibu L peragakan kembali ya.

c. Demonstrasi

Nah, sekarang kita akan melakukan cara yang ketiga ya ibu L, yaitu bercakap-cakap atau ngobrol-ngobrol dengan orang lain. Nah caranya seperti ini ibu L badannya harus tegak, kontak mata harus lurus, dan bilang seperti ini kepada yang ingin diajak ngobrol “ ibu/bapak/ adik/ teman ajak saya ngobrol yuk! ngobrolin apa saja, agar saya tidak mendengar suara halusinasi itu”. Seperti itu ya ibu L.

d. Redemonstrasi

Sekarang gantian ibu L yang jelaskan ya coba ibu L lakukan. Wah, hebat, ibu sudah benar ya melakukannya sudah lebih baik.

4. Tahap Terminasi

a. Evaluasi Subjektif

Bagaimana perasaannya ibu L setelah kita belajar cara mengontrol halusinasi yaitu dengan bercakap – cakap bersama orang lain ?.

b. Evaluasi Objektif

Nah, sekarang coba ibu L ulangi lagi cara mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap bersama orang lain ? Wah, hebat ya ibu L sudah melakukannya dengan baik dan benar.

c. Rencana Tindak Lanjut

Sejauh ini ibu L sudah bagus dan benar melakukan cara mengontrol halusinasi yaitu dengan bercakap – cakap bersama orang lain. Sekarang kita masukan ke dalam jadwal harian ibu L ya. Jadi, ibu L lakukan bercakap – cakap mau dilakukan berapa kali sehari ? mau jam berapa ? Oke baiklah ibu L.

d. Rencana yang Akan Datang

Baik ibu L, besok suster ke sini lagi ya. Kita akan belajar cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan atau aktivitas. Mau jam berapa ibu L ? oke sampai ketemu besok ya bu L. Suster pamit dulu.