

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA
PADA PASIEN DENGAN
DIAGNOSA SKIZOFRENIA
DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN PERUBAHAN
PERSEPSI SENSORI:
HALUSINASI DI RUANG MAWAR
RSJ DR. RADJIMAN

Submission date: 11-Dec-2023 09:51AM (UTC+0700)

Submission ID: 2154151084

File name: inasi_di_ruang_mawar_RSJ_Dr._Radjiman_Wediodiningrat_Lawang.docx (284.45K)

Word count: 9982

by Nurul Ulum Abdullah

Character count: 71208

WEDIODININGRAT LAWANG

9
KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA
SKIZOFRENIA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN PERUBAHAN
PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI DI RUANG MAWAR
RSJ DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG**



**OLEH:
NURUL ULUM ABDULLAH, S.Kep
226410026**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERSFAKULTAS ¹⁹KESEHATAN
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIA
JOMBANG
2023**

10
BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Tuntutan hidup yang semakin banyak membuat manusia menjadi individu yang berusaha menyesuaikan dirinya dengan keadaan, hal ini tentunya dapat memberikan dampak positif dan juga negatif pada diri manusia. Dampak positif yang didapatkan adalah individu menjadi lebih produktif dan memiliki kemajuan intelektual, sedangkan dampak negatifnya adalah individu yang mengalami kegagalan dalam mengejar kesejajaran dengan individu lainnya dapat menimbulkan masalah di dalam mekanisme kopingnya, salah satunya adalah gangguan kejiwaan. Gangguan jiwa yang kerap kali dialami adalah skizofrenia. Adanya individu dengan skizofrenia tertinggi adalah dengan skizofrenia hebefrenik atau dapat disebut halusinasi, hal ini membawa dampak bagi kehidupan individu, keluarga menghambat pelaksanaan pekerjaan, mengganggu masyarakat, dan merugikan negara. Individu dengan halusinasi tidak hanya kehilangan kesempatan untuk bekerja tetapi yang sudah bekerja juga dapat kehilangan pekerjaan (Pardede, 2021).

Prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia menurut data WHO (World Health Organization) pada tahun 2019, terdapat 450 juta orang jiwa termasuk skizofrenia. (Riset Kesehatan Dasar, 2019) menunjukkan prevalensi skizofrenia atau psikosis di Indonesia sebanyak 1,8 per 1000 penduduk. Prevalensi nasional gangguan jiwa berat adalah 1.7%. di Jawa Timur menunjukkan prevalensi gangguan jiwa berat sebanyak 0,22% atau 58.602 orang atau menduduki peringkat ke empat (Rahmawati, 2019). Pada studi pendahuluan yang dilaksanakan di ruangan Mawar

di Rumah Sakit Jiwa Radjiman Wediodiningrat Provinsi Jawa Timur ditemukan data tiga bulan terakhir rentang bulan Februari sampai bulan April adalah 278 orang mengalami skizofrenia, untuk pasien halusinasi didapatkan 130 orang.

Halusinasi dapat ditandai dengan bicara atau tertawa sendiri, marah- marah tanpa sebab, mengarahkan telinga ke arah tertentu, menutup telinga (Zelika & Dermawan, 2015). Dampak dari pasien dengan halusinasi yang tidak mendapatkan pengobatan maupun perawatan, lebih lanjut dapat menyebabkan perubahan perilaku seperti agresi, bunuh diri, menarik diri dari lingkungan dan dapat membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Wahyuni *et al.*, 2020).

Terapi yang dapat diberikan kepada penderita skizofrenia dengan masalah halusinasi pendengaran di rumah sakit yaitu dapat berupa pemberian aktivitas kelompok atau disingkat dengan TAK dan juga memberi latihan kepada keluarga terkait cara merawat pasien halusinasi dengan baik yang sesuai dengan standar keperawatan. Adapun strategi pelaksanaan pada pasien halusinasi mencakup kegiatan mengenal halusinasi, mengajarkan pasien menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul, serta melakukan aktivitas terjadwal untuk mencegah halusinasi, minum obat dengan teratur (Andri *et al.*, 2019). Gangguan halusinasi juga dapat diatasi dengan terapi farmakologi dan nonfarmakologi (Try Wijayanto & Agustina, 2020).

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada klien yang mengalami perubahan persepsi sensori: halusinasi di ruangan Mawar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Menggambarkan asuhan keperawatan jiwa pada klien yang mengalami gangguan persepsi sensori: halusinasi di ruangan Mawar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien yang mengalami perubahan persepsi sensori: halusinasi di ruang Mawar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang
2. Melakukan diagnosis keperawatan pada klien yang mengalami perubahan persepsi sensori: halusinasi di ruang Mawar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang
3. Melakukan intervensi keperawatan pada klien yang mengalami perubahan persepsi sensori: halusinasi di ruangan Mawar RSJ Radjiman Wediodiningrat Lawang
4. Melakukan implementasi keperawatan pada klien yang mengalami perubahan persepsi sensori: halusinasi di ruang Mawar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien yang mengalami perubahan persepsi sensori: halusinasi di ruangan Mawar di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat teoritis

Sebagai sarana informasi pengembangan ilmu keperawatan terkait asuhan keperawatan terutama keperawatan jiwa pada perubahan persepsi sensori: halusinasi di ruangan Mawar di RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang

1.4.2 Manfaat praktis

1. Bagi klien dan keluarga

Memberikan pengetahuan tentang penyakit perubahan persepsi sensori: halusinasi, pencegahan penyakit dan pengobatan secara mandiri di rumah sesuai anjuran petugas kesehatan.

2. Bagi perawat

Diharapkan menjadi bahan masukan dalam meningkatkan tindakan keperawatan secara non farmakologis dengan tujuan meningkatkan mutu pelayanan pada klien halusinasi.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Dapat dijadikan sebagai bahan kajian dan wacana untuk penelitian selanjutnya mengenai perubahan persepsi sensori: halusinasi.

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Skizofrenia

2.1.1 Definisi

Skizofrenia merupakan suatu gangguan psikotik yang bersifat kronis atau dapat kambuh ditandai dengan adanya perpecahan antara pikiran, emosi dan juga perilaku pada klien. Perpecahan pada klien ditandai dengan adanya gangguan fundamental spesifik, yaitu gangguan pikiran yang ditandai dengan gangguan asosiasi, atau dapat disebut dengan asosiasi longgar. Gejala gangguan lainnya yaitu gangguan afektif, autism dan juga ambivalesi. Sedangkan gejala sekundernya adalah waham dan halusinasi (Stuart, 2019).

Skizofrenia berasal dari dua kata, yaitu “Skizo” yang artinya retak atau pecah, dan “Frenia” yang artinya jiwa. Dengan demikian orang yang terkena gangguan jiwa skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian (hawari dan dadang, 2019).

2.1.2 Etiologi

Kaliat dan Akemat (2020) menjelaskan tentang beberapa penyebab skizofrenia yang diantaranya adalah :

- a. Faktor genetik : belum teridentifikasi secara spesifik namun pengaruh lokasi kromosom 6 pada gen dengan kromosom 4,8,15,22 berhubungan dengan terjadinya skizofrenia.
- b. Faktor keturunan atau bawaan merupakan faktor penyebab yang tidak besar pengaruhnya bagi munculnya gangguan skizofrenia.

- c. Ketidakseimbangan neurotransmitter (dopamin dan glutamat)
- d. Faktor lingkungan seperti kurang gizi selama kehamilan, masalah dalam proses kelahiran, stres pada kondisi lingkungan dan stigma (penyebab kekambuhan pasien skizofrenia)

2.1.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia

Secara general gejala serangan skizofrenia dibagi menjadi dua yaitu:

a. Gejala positif

Halusinasi akan terjadi apabila adanya rangsangan yang sangat kuat dan otak yang tidak memiliki kemampuan dalam menginterpretasikan dan merespon pesan maupun rangsangan yang datang, umumnya penderita yang mengalami skizofrenia akan cenderung mendengar suara-suara atau pun melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada dan bahkan kerap merasakan suatu sensasi pada anggota tubuhnya.

b. Gejala negatif

Pada penderita yang mengalami skizofrenia biasanya akan kehilangan motivasi dan juga akan apatis, hal ini menandakan bahwa penderita skizofrenia juga kehilangan gairah hidup sehingga membuat individu tersebut menjadi orang yang pemalas. Penderita skizofrenia cenderung memiliki energi yang sangat sedikit dan tidak dapat melakukan banyak hal selain makan dan tidur. Perasaan penderita skizofrenia datar hal tersebut karena individu memiliki emosi yang tumpul.

2.1.4 Jenis-jenis Skizofrenia

Jenis-jenis skizofrenia dibagi menjadi tujuh jenis (Direja, 2021), yaitu:

- a. Skizofrenia simplek yaitu adanya gejala utama pada kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan.

- b. Skizofrenia hebefrenik yaitu memiliki gejala utama pada gangguan proses pikir, gangguan kemauan dan depersonalisasi yang banyak terdapat waham dan halusinasi.
- c. Skizofrenia katatonik yaitu memiliki gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah dan katatonik.
- d. Skizofrenia paranoid yaitu memiliki gejala utama pada kecurigaan yang ekstrem disertai waham kebesaran.
- e. Episode skizofrenia akut adalah kondisi akut mendadak yang disertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.
- f. Skizofrenia psikoaktif, yaitu memiliki gejala utama pada skizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania.
- g. Skizofrenia residual adalah skizofrenia dengan gejala-gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan skizofrenia.

2.1.5 Penatalaksana Skizofrenia

Pada klien dengan skizofrenia dapat diberikan berbagai macam terapi dengan cara mengombinasikannya dengan berbagai cara dengan kuantitas waktu yang cukup lama. Berbagai macam terapi tersebut meliputi terapi pemberian obat-obatan, psikoterapi dan juga dilakukannya rehabilitasi. Terapi psikososial pada skizofrenia meliputi: terapi individu, terapi kelompok, terapi keluarga, rehabilitasi psikiatri, latihan keterampilan sosial dan manajemen kasus (Hawari, 2019).

WHO 2020 merekomendasikan sistem 4 level untuk penanganan masalah gangguan jiwa, baik berbasis masyarakat maupun pada tatanan kebijaksanaan seperti Puskesmas dan rumah sakit. Penerapan nyata yang dilakukan oleh pihak RSJ melalui empat level tersebut yaitu:

- a. Level pertama adalah pelayanan kesehatan jiwa komunitas. RSJ setiap tahunnya melakukan bakti sosial dan program komunitas yaitu penanganan dan penyuluhan.
- b. Level kedua adalah penanganan kesehatan jiwa melalui Puskesmas. Pihak RSJ juga dengan rutin melakukan kunjungan setiap bulannya di setiap Puskesmas, memberikan pengobatan secara rutin, melatih tenaga Puskesmas (dokter dan perawat) untuk memberikan penanganan pertama pada pasien.
- c. Level ketiga adalah dukungan dan penanganan kesehatan jiwa di masyarakat. Memberikan penyuluhan atau pengobatan gratis melalui program bansos.
- d. Level keempat adalah penanganan kesehatan jiwa di keluarga. Melakukan home visit, namun tidak ke semua pasien (hanya yang bermasalah). Contohnya pasien yang jarang dikunjungi pihak keluarga, pasien yang sering mengalami kekambuhan, dan pasien dengan riwayat pemasangan.

2.2 Konsep Dasar Halusinasi

2.2.1 Definisi

Halusinasi memiliki makna hilangnya suatu kemampuan yang dimiliki oleh manusia dalam membedakan antara rangsangan internal dan rangsangan eksternal. Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa objek atau rangsangan yang nyata (Direja, 2021).

2.2.2 Etiologi

- a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan suatu faktor yang memiliki pengaruh pada jenis maupun jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Faktor ini dapat disebabkan oleh pasien sendiri maupun

keluarganya. Diantaranya adalah faktor perkembangan, sosiokultural, biokimia, psikologis, dan genetik (Yosep & Sutianti, 2020).

b. Faktor Perkembangan

Faktor perkembangan merupakan faktor yang terjadi karena Tugas perkembangan pasien terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, muda frustrasi, hilangnya percaya diri dan lebih rentan terhadap stress.

c. Faktor Sosiokultural

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

d. Faktor Biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadi gangguan jiwa. Adanya stres yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang bersifat halusinogenik neurokimia seperti *Buffofenon* dan *Dimetytranfease* (DPM). Akibat stres berkepanjangan menyebabkan beraktivitasnya neurotransmitter otak. Misalnya terjadi ketidakseimbangan *acetylcholine* dan *dopamine*.

e. Faktor Psikologi

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada ketidakmampuan pasien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depan titik pasien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dalam alam nyata menuju alam khayal.

f. Faktor Genetik

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang skizofrenia akan mengalami skizofrenia, hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

2.2.3 Penyebab Halusinasi

Penyebab halusinasi dapat dilihat dari 5 dimensi menurut Yosep dan Sutini (2019) yaitu:

a. Dimensi Fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa ³ kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, itoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

b. Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Pasien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut sehingga dengan kondisi tersebut pasien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

c. Dimensi Intelektual

Dalam dimensi ini, menerangkan bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian pasien dan tak jarang akan mengontrol semua perilaku pasien.

d. Dimensi Sosial.

Pasien mengalami gangguan interaksi sosial dalam fase awal dan comforting, pasien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata merupakan suatu hal yang membahayakan. Pasien asik dengan halusinasinya, seolah-olah klien merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata sehingga isi halusinasi dijadikan sistem kontrol oleh individu tersebut.

Oleh karena itu, aspek penting dalam melaksanakan intervensi keperawatan pasien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan serta mengusahakan klien tidak menyendiri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungannya dan halusinasinya tidak berlangsung.

e. Dimensi spiritual

Secara spiritual, pasien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk mensucikan diri. Irama sirkadianya terganggu, karena ia sering tidur larut malam dan bangun sangat siang. Saat terbangun merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya. Ia sering memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rezeki, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

2.2.4 Jenis-jenis Halusinasi

Kusumawati dan Hartono (2019) menjelaskan tentang jenis-jenis halusinasi yaitu:

1. Halusinasi pendengaran, yaitu klien seperti mendengarkan suara atau kebisingan yang kurang jelas ataupun yang jelas, dimana terkadang suara-suara tersebut seperti mengajak berbicara klien dan kadang memerintah klien untuk melakukan sesuatu.
2. Halusinasi penglihatan, yaitu klien mendapat stimulasi visual dalam bentuk kilatan atau cahaya, gambar atau bayangan yang rumit dan kompleks titik bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan.
3. Halusinasi penciuman, yaitu klien seperti mencium bau-bauan tertentu seperti bau darah, urine, feses, parfum atau bau yang lainnya. Ini sering terjadi pada seseorang pasca serangan stroke, kejang, dan demensia.
4. Halusinasi pengecapan, yaitu klien merasa mengecap rasa seperti darah, urine feses, atau yang lainnya.
5. Halusinasi perabaan, yaitu klien merasa mengalami nyeri, rasa tersetrum atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas.
6. Halusinasi *cenesthetic*, yaitu klien merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak.

2.2.5 Tanda dan Gejala Halusinasi

Klien pada halusinasi cenderung menarik diri, sering didapatkan duduk terpaku pada pandangan mata pada satu arah tertentu, tersenyum atau berbicara sendiri, secara tiba-tiba marah dan menyerang orang lain, gelisah atau melakukan gerakan seperti sedang menikmati sesuatu, tanda dan gejala halusinasi menurut Direja (2021) sebagai berikut:

- a. Halusinasi pendengaran: Kelayan berbicara sendiri atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, mengarahkan telinga ke arah tertentu, menutup telinga,

mendengar suara atau kegaduhan, mendengarkan suara yang bercakap-cakap, mendengar suara yang menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.

- b. Halusinasi penglihatan: klien melihat bangunan melihat hantu, menunjuk-nunjuk ke arah tertentu, ketakutan terhadap sesuatu yang berbahaya.
- c. Halusinasi penciuman: klien membaui bau-bau seperti darah, urine, feses, terkadang mencium seperti sedang membaui tertentu atau menutup hidung.
- d. Halusinasi pengecap: klien merasakan rasa seperti darah, urine yang sering, ingin meludah muntah.
- e. Halusinasi perabaan: klien merasa tersengat listrik, menggaruk-garuk permukaan kulit.

2.2.6 Fase-fase Halusinasi

Halusinasi terjadi dimulai dari beberapa fase, hal ini dipengaruhi oleh intensitas keparahan dan respon individu dalam menanggapi adanya rangsangan dari luar. Direja, (2021) berpendapat bahwa halusinasi berkembang melalui empat fase yaitu fase *comforting*, fase *condemning*, fase *controlling*, fase *conquering*. Adapun penjelasan yang lebih detail dari keempat fase tersebut adalah sebagai berikut:

a. Fase *comforting*

Fase di mana memberikan rasa nyaman atau menyenangkan, tingkat ansietas sedang secara umum halusinasi merupakan suatu kesenangan. Karakteristik atau sifat:

Klien mengalami stres, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak dan tidak dapat diselesaikan titik klien mulai melamun dan memikirkan hal-hal yang menyenangkan, cara ini hanya menolong sementara.

b. Fase *condemning*

Disebut dengan fase *condemning* atau ansietas berat yaitu halusinasi menjadi menjijikkan. Termasuk dalam psikotik ringan. Tingkat kecemasan berat secara umum halusinasi menyebabkan rasa antipati titik karakteristik atau sifat:

Pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun, dan berpikir sendiri jadi dominan. Mulai dirasakan ada bisikan yang tidak jelas. Client tidak ingin orang lain tahu dan dia tetap dapat mengontrolnya.

c. Fase *controlling*

Fase ini berupa pengalaman sensori menjadi kuasa. Tingkat kecemasan klien menjadi berat dan halusinasi tidak dapat ditolak. Karakteristik atau sifat:

Klien akan dikontrol oleh bisikan dan juga suara-suara, isi halusinasi juga akan semakin menonjol dan mengontrol klien sehingga klien akan menjadi terbiasa dengan ketidakberdayaannya dalam menghadapi halusinasi.

d. Fase *conquering*

Fase *conquering* atau panik merupakan fase yang dialami klien berupa leburnya halusinasi sepenuhnya sudah dikuasai dan menimbulkan kebaikan atau pun ketakutan. Karakteristik atau sifat:

Halusinasi ini dapat menjadi sebuah ancaman, perintah dan memarahi klien sehingga klien menjadi ketakutan, tidak berdaya dan kehilangan kontrol dan kesulitan dalam membina hubungan sosial dengan orang lain.

2.2.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan untuk pasien dengan halusinasi terbagi menjadi dua, yaitu farmakologi dan non farmakologi. Penatalaksanaan keperawatan farmakologi menurut Rasmun (2019) antara lain:

1. Clorpromazine

- a. Indikasi

Kesadaran diri terganggu, daya nilai normal sosial tilik diri terganggu, berdaya berat dalam fungsi mental: waham, halusinasi, gangguan perasaan dan perilaku yang aneh atau tidak terkendali, berdaya berat dalam fungsi kehidupan sehari-hari, tidak mampu bekerja hubungan sosial dan melakukan kegiatan rutin.

- b. Mekanisme kerja

Memblokade dopamine pada reseptor pasca sinap di otak khususnya sistem ekstrapiramidal.

- c. Efek samping

1. Sedasi (penenang)
2. Gangguan otonomik (hipotens, anti kolinergik), mulut kering, kesulitan.
3. Dalam miksi dan defekasi, hidung tersumbat, mata kabur, tekanan intra okuler meninggi, gangguan irama jantung.
4. Gangguan ekstrapiramidal (dystonia akut, akatshia, sindrom Parkinson tremor, brodikisenia, rigiditas).
5. Gangguan endoktrin (*amanorrhoe, ginekomasti*)
6. Metabolik.
7. Hematologik (pendarahan) biasanya untuk pemakai jangka panjang

2. Haloperidol

- a. Indikasi

Berdaya berat dalam kemampuan menilai realita dalam fungsi netral serta dalam fungsi kehidupan sehari-hari.

- b. Mekanisme kerja

Obat ini anti psikosis dalam memblokade dopamina pada reseptor pasca sinaptik neuron di otak khususnya sistem limbik dan sistem ekstrapiramidal.

c. Efek samping

1. Sedasi dan inhibisi psikomotor
2. Gangguan otonomik (hipotensi, antikolinergi, mulut kering, kesulitan dalam miksi dan defekasi, hidung tersumbat, mata kabur, tekanan intraokuler meninggi, gangguan irama jantung).
3. Trihexypenidil

a. Indikasi

Segala jenis penyakit parkinson, termasuk pascaenzofalitis dan idiopatik, sindrom parkinson akibat obat misalnya reserpine danfenotiazine.

b. Mekanisme kerja

Sinergis dengan kinidine, obat antidepresan trisiklin dan antikolinergik lainnya

c. Efek samping

Mulut kering, penglihatan kabur, pusing, mual, muntah, bingung, agitasi, konstipasi, tak hikardi, dilatasi, ginjal, retensi urine.

Penatalaksanaan keperawatan non farmakologi pada pasien halusinasi menurut (Keliat & Akemat, 2020) yaitu:

1. Terapi aktivitas kelompok (TAK) stimulasi kognitif atau persepsi klien dilatih mempersepsikan stimulus yang disediakan atau stimulus yang pernah dialami. Kemampuan persepsi klien dievaluasi dan ditingkatkan pada tiap sesi. Dengan proses ini, diharapkan respon terhadap berbagai stimulus dalam kehidupan menjadi adaptif. Aktivitas berupa stimulus dan persepsi titik stimulus yang disediakan yaitu membaca artikel atau majalah, membaca buku, puisi, menonton acara TV (ini

merupakan stimulus yang disediakan), stimulus dari pengalaman masa lalu yang menghasilkan proses persepsi klien yang maladaptif atau destruktif misalnya kemarahan, kebencian, putus hubungan, pandangan negatif pada orang lain dan halusinasi titik kemudian persepsi klien dilatih terhadap stimulus.

2. Terapi aktivitas kelompok (TAK) stimulus sensori aktivitas digunakan sebagai stimulus pada sensori klien. Kemudian diobservasi reaksi sensori klien terhadap stimulus yang disediakan, berupa ekspresi perasaan secara nonverbal (ekspresi wajah dan gerakan tubuh). Biasanya klien yang tidak mau mengungkapkan komunikasi verbal akan terstimulasi emosi dan perasaannya, serta menampilkan respon. Aktivitas yang digunakan sebagai stimulus adalah musik, seni menyanyi, menari titik jika hobi klien diketahui sebelumnya, dapat dipakai sebagai stimulus, misalnya lagu kesukaan klien dapat digunakan sebagai stimulus.

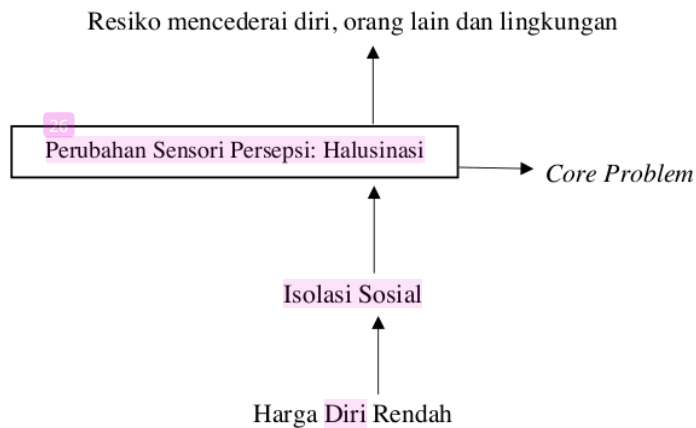
2.2.8 Mekanisme koping

Mekanisme konflik merupakan upaya yang diarahkan pada pengendalian stres termasuk upaya penyelesaian masalah secara langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri.

2.2.9 Pohon masalah

Masalah keperawatan untuk kasus halusinasi dapat digambarkan dalam pohon masalah sebagai berikut:

Gambar 2.1 WOC Perubahan Persepsi Sensori



2.3 Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sensori

Persepsi: Halusinasi

Asuhan keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian dari pelayanan yang didasarkan ilmu dan kiat keperawatan terbentuk pelayanan bio – psiko – sosio – spiritual yang komprehensif dan ditunjukkan pada individu, keluarga, masyarakat, baik sehat atau sakit serta mencakup seluruh kehidupan manusia (Direja, 2021).

Proses keperawatan merupakan wahana atau sarana kerjasama dengan klien, yang pada tahap awal peran perawat lebih besar daripada klien, namun pada akhirnya diharapkan peran klien lebih besar dari peran perawat, sehingga kemandirian klien dapat tercapai (Direja, 2021).

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis psikologis, sosial dan spiritual (Direja, 2021). Data yang didapatkan bisa dikelompokkan menjadi dua macam, yaitu:

a. Data Subjektif

Merupakan data yang disampaikan secara lisan oleh klien dan keluarga. Data ini didapatkan melalui wawancara oleh perawat kepada klien dan keluarga.

b. Data Objektif

Merupakan data yang ditemukan secara nyata. Data yang didapatkan melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat (Kusumawati & Hartono, 2021).

Data yang diperoleh dari klien antara lain sebagai berikut:

1. Identitas klien seperti nama, umur, alamat, tanggal masuk rumah sakit jiwa
2. Faktorpresipitasi
3. Faktor predisposisi seperti pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu pengobatan sebelumnya, genogram dan pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan.
4. Pemeriksaan fisik seperti tinggi badan, berat badan tanda-tanda vital dan keluhan fisik.
5. Psikososial seperti konsep diri, hubungan sosial dan spiritual.
6. Konsep diri seperti gambar diri, identitas diri, ideal diri, peran diri dan harga diri.
7. Hubungan sosial seperti orang yang berarti dalam hidup klien, peran serta dalam masyarakat dan hambatan dalam berhubungan sosial.
8. Spiritual seperti nilai dan keyakinan serta kegiatan ibadah.

9. Status mental seperti penampilan, pembicaraan, aktivitas motorik, alam perasaan, efek interaksi selama wawancara, persepsi, isi pikiran, proses pikir, tingkat kesadaran memori, tingkat konsentrasi dan berhitung, kemampuan penilaian dan daya tilik diri.
10. Kebutuhan persiapan pulang seperti kemampuan memenuhi kebutuhan, kegiatan hidup sehari-hari, penggunaan obat, pemeliharaan kesehatan, aktivitas dalam rumah dan di luar rumah.
11. Mekanisme koping seperti adaptif dan maladaptif
12. Masalah psikososial dan lingkungan seperti dengan lingkungan pendidikan dan dukungan kelompok.
13. Aspek medis seperti axis 1 sampai 5
14. Diagnosa keperawatan data utama yang muncul untuk gangguan sensori persepsi: halusinasi antara lain (Direja, 2021):
 - a. Disorientasi (waktu, tempat dan orang)
 - b. Konsentrasi kurang
 - c. Penyimpangan penglihatan
 - d. Gelisah
 - e. Mudah tersinggung
 - f. Perubahan kemampuan memecahkan masalah
 - g. Perubahan pola pikir
 - h. Perubahan pola komunikasi.
15. Halusinasi

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu pernyataan masalah keperawatan klien yang mencakup respon sehat adaptif atau maladaptif serta stressor yang menunjang (Kusumawati & Hartono, 2021) diagnosa yang muncul pada gangguan persepsi sensori halusinasi menurut (Yosep & Sutini, 2020) adalah:

1. Gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan, pendengaran, perabaan pengecapan
2. Resiko perilaku kekerasan
3. Harga diri rendah
4. Isolasi sosial
5. Defisit perawatan diri

2.3.3 Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan adalah penyusunan rencana keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mengatasi masalah sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan klien. Perencanaan keperawatan terdiri dari tiga aspek yaitu tujuan umum, tujuan khusus dan rencana tindakan keperawatan.

2.3.4 Implementasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana keperawatan, sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawatan perlu memvalidasi, apakah rencana keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi klien saat ini (Kusumawati & Hartono, 2021).

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan dilakukan terus-menerus untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan (Kusumawati & Hartono, 2021). Evaluasi dapat dibagi menjadi dua yaitu:

1. Evaluasi proses (Formatif) yang dilakukan setiap setelah melakukan tindakan keperawatan.
2. Evaluasi hasil (Sumatif) dilakukan dengan cara membandingkan respon klien dengan tujuan yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai pola pikir.

S: Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O: Respon objective klien terhadap tindakan yang telah dilaksanakan

A: Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih ada atau telah teratasi atau muncul masalah baru.

P: Perencanaan tindak lanjut berdasarkan hasil analisa respon pasien.

2.3.6 Dokumentasi

Kegunaan dari dokumentasi adalah:

1. Untuk mencatat semua tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien sesuai dengan rencana yang sudah ditetapkan.
2. Bentuk dari kegiatan yang dilakukan oleh perawat dan tim kesehatan dengan menentukan prinsip pendokumentasian.
3. Tidak terjadi pengulangan dan pendokumentasian.
4. Sebagai alat informasi, komunikasi antara anggota perawat dan anggota tim kesehatan lainnya.
5. Sebagai dokumentasi resmi dalam sistem pelayanan kesehatan.
6. Dapat digunakan sebagai alat penelitian dalam bidang keperawatan.

7. Sebagai alat pertanggungjawaban asuhan Keperawatan yang diberikan terhadap klien.

2.3.7 Prinsip dalam Pendokumentasian

1. Dilakukan segera mungkin setelah melakukan tindakan.
2. Didokumentasikan dengan jelas dan tepat.
3. Harus ada tanggal dan waktu.
4. Berikan tanda tangan dan nama setiap selesai melakukan pendokumentasian.

Gambar 3.1 Asuhan keperawatan

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Intervensi
		Tujuan	Kriteria Evaluasi	
	Resiko mencederai diri sendiri orang lain dan lingkungan berhubungan dengan Perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.	Tujuan umum: Klien tidak mencederai diri sendiri/orang lain/lingkungan.		
		Tujuan khusus 1: Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.	Klien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat dengan kriteria hasil: Membalas sapaan perawat Ekspresi wajah bersahabat dan senang. Ada kontak mata. Mau berjabat tangan. Mau menyebut nama. Klien mau duduk berdampingan dengan perawat. Klien mau mengutarakan masalah yang dihadapi.	<ul style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik: <ul style="list-style-type: none"> 1. Sapa klien dengan rama baik verbal maupun nonverbal. 2. Perkenalkan diri dengan sopan. 3. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan kesukaan klien. 4. Jelaskan maksud dan tujuan interaksi. 5. Berikan perhatian pada klien, perhatikan kebutuhan dasarnya. 6. Beri kesempatan klien mengungkapkan perasaannya. 7. Dengarkan ungkapan klien dengan empati.
		Tujuan khusus 2: Klien dapat mengenali halusinasinya.	Klien mampu mengenali halusinasinya dengan kriteria hasil: Klien dapat menyebutkan waktu, timbulnya halusinasi. Klien dapat mengidentifikasi kapan frekuensi situasi saat terjadi halusinasi. Klien dapat mengungkapkan perasaannya saat muncul halusinasi.	<ul style="list-style-type: none"> 1. Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap. 2. Tanyakan apa yang didengar dari halusinasinya. 3. Tanyakan kapan halusinasinya datang. 4. Tanyakan isi halusinasinya. 5. Bantu klien mengenal halusinasinya Jika menemukan klien sedang halusinasi, tanyakan apakah ada suara yang didengar. Jika klien menjawab ada, lanjutkan apa yang dikatakan. Katakan bahwa perawat percaya klien

				<p>mendengar suara itu, namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh atau menghakimi). Katakan bahwa klien lain juga ada yang seperti klien. Katakan bahwa perawat akan membantu klien.</p> <p>6. Diskusikan dengan klien: Situasi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi. Waktu, frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore dan malam atau jika sendiri, jengkel atau sedih)</p> <p>7. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah/takut, sedih, senang) beri kesempatan mengungkapkan perasaan.</p>
		<p>Tujuan khusus 3: Klien dapat mengontrol halusinasinya</p>	<p>Klien dapat mengidentifikasi tindakan yang dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya Klien dapat menunjukkan cara baru untuk mengontrol halusinasi.</p>	<p>1. Identifikasi bersama klien tindakan yang bisa dilakukan bila terjadi halusinasi</p> <p>2. Diskusikan manfaat dan cara yang digunakan klien, jika bermanfaat bagi pujian.</p> <p>3. Diskusikan cara baik memutus atau mengontrol timbulnya halusinasi. Katakan "Saya tidak mau dengar kamu" (pada saat halusinasi terjadi) Temui orang lain (perawat atau teman atau anggota keluarga) untuk bercakap-cakap atau mengatakan halusinasi yang didengar. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari. Meminta keluarga atau teman atau perawat</p>

				<p>menyapa klien jika tampak bicara sendiri, melamun atau kegiatan yang tidak terkontrol.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Bantu klien memilih dan melatih cara memutus halusinasi secara bertahap. 2. Beri kesempatan untuk melakukan cara yang dilatih titik evaluasi hasilnya dan beri pujian jika berhasil. 3. Anjurkan klien mengikuti terapi aktivitas kelompok, jenis orientasi realita, atau stimulasi persepsi.
		<p>Tujuan khusus 4: Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya.</p>	<p>Klien dapat memilih cara mengatasi halusinasi. Klien melaksanakan cara yang telah dipilih memutus halusinasinya. Klien dapat mengikuti terapi aktivitas kelompok.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan klien untuk memberitahu keluarga jika mengalami halusinasi. 2. Diskusikan dengan keluarga (pada saat keluarga berkunjung atau kunjungan rumah). 3. Gejala halusinasi yang dialami klien. 4. Cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk memutus halusinasi. 5. Cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi di rumah: beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, bepergian bersama. 6. Beri informasi waktu follow up atau kapan perlu mendapat bantuan halusinasi tidak terkontrol dan resiko mencederai orang lain. 7. Diskusikan dengan keluarga dan klien tentang jenis, dosis dan manfaat obat. 8. Pastikan klien minum obat sesuai dengan program dokter.
		<p>Tujuan khusus 5: Klient dapat menggunakan obat dengan benar untuk</p>	<p>Keluarga dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat. Keluarga dapat menyebutkan</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan klien bicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat yang dirasakan.

		mengendalikan halusinasinya.	pengertian, dan tindakan untuk mengalihkan halusinasi.	<ul style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan akibat berhenti obat tanpa konsultasi. 2. Bantu klien menggunakan obat dengan prinsip 5 benar.
			<p>Klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat.</p> <p>Klien minum obat secara teratur.</p> <p>Klien dapat informasi tentang manfaat dan efek samping obat.</p> <p>Klien dapat memahami akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi.</p> <p>Klien dapat menyebutkan prinsip 5 benar penggunaan obat.</p>	

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Studi kasus adalah suatu rancangan yang dilakukan oleh peneliti meliputi satu unit. Satu unit yang dimaksud yaitu satu klien, keluarga, kelompok, komunitas, atau suatu institusi. unit yang dipilih menjadi kasus tersebut dianalisis baik dari segi yang berhubungan dengan keadaan kasus itu sendiri, faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang mungkin bisa muncul sehubungan dengan kasus, maupun tindakan serta reaksi kasus terhadap suatu kejadian tertentu. Walaupun di dalam studi kasus ini yang diteliti hanyalah yang berbentuk unit tunggal, akan tetapi dianalisis secara mendalam, meliputi berbagai aspek yang cukup luas (Brisk et al.,2018)

3.2 Batasan Istilah

Untuk menghindari adanya suatu kesalahan dalam memahami judul penelitian, maka peneliti sangatlah memerlukan suatu batasan istilah yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Asuhan keperawatan pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi adalah asuhan keperawatan komprehensif yang diberikan kepada pasien dengan melalui metode proses keperawatan dari pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, menyusun rencana tindakan keperawatan melaksanakan rencana tindakan keperawatan, dan mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien yang mana pasien dirawat di ruang rawat inap di ruang Mawar di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

2. Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang bersifat kronis atau kambuh ditandai dengan terdapatnya perpecahan (schism) antara pikiran emosi dan perilaku pasien yang terkena. Perpecahan pada pasien digambarkan dengan adanya gejala fundamental (atau primer) spesifik, yaitu gangguan pikiran yang ditandai dengan gangguan asosiasi, khususnya kelonggaran asosiasi titik gejala fundamental lainnya adalah gangguan efektif, autism dan ambivalensi. Sedangkan gejala sekundernya merupakan waham dan halusinasi (Stuart, 2019).

3.3 Partisipan

Satu pasien yang diterdiagnosis skizofrenia dengan masalah gangguan persepsi sensori: halusinasi di ruang mawar RSJ Radjiman Wediodiningrat Jawa Timur.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang mawar RSJ Radjiman Wediodiningrat Jawa Timur. Waktu penelitian dalam pengambilan data dilaksanakan bulan Mei 2023. Studi kasus ini dilakukan di ruang Mawar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

3.5 Pengumpulan Data

Supaya memperoleh data yang sesuai dengan permasalahan dalam penelitian ini, sangatlah diperlukan teknik dalam pengumpulan data. Adapun teknik tersebut seperti:

1. Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan dahulu serta riwayat penyakit keluarga, sumber data berasal dari mana, apakah dari klien, keluarga, ataupun perawat lainnya).

2. Observasi dan pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) pada sistem tubuh klien.
3. Studi dokumentasi (hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan harus dicatat).

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data ini dimaksudkan untuk menguji kualitas data atau informasi yang telah diperoleh dari hasil penelitian supaya menghasilkan data dengan validitas tinggi. Di samping integritas penelitian (karena peneliti menjadi instrumen utama), uji keabsahan data dilakukan dengan berbagai cara, seperti:

1. Memperpanjang waktu pengamatan/tindakan.
2. Sumber informasi tambahan yang menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama seperti pasien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang akan diteliti.

3.7 Analisis Data

Analisis data dilakukan mulai dari penelitian di lapangan pada waktu melakukan pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul semua. Analisa data ini dilakukan menggunakan cara mengemukakan fakta, yang selanjutnya akan dilakukan perbandingan dengan teori yang sudah ada kemudian disimpulkan dalam bentuk pendapat serta pembahasan. Teknik analisis ini dilakukan dengan cara menjabarkan jawaban-jawaban dari hasil penelitian yang telah diperoleh hasilnya dari kumpulan interpretasi wawancara yang dilakukan secara mendalam untuk menjawab rumusan masalah pada penelitian teknik analisis ini menggunakan cara pemantauan dan studi dokumentasi yang mana akan menghasilkan suatu data, kemudian diinterpretasikan oleh peneliti, lalu dilakukan

perbandingan dengan teori yang ada sebagai bahan referensi untuk memberikan suatu rekomendasi dalam tindakan tersebut. Urutan dalam analisis ialah:

1. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumen). Hasil yang diperoleh ditulis dalam bentuk catatan lapangan yang kemudian disalin dalam bentuk transkrip. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan/implementasi, dan evaluasi.

2. Penyajian data

Penyajian data bisa dilakukan dengan menggunakan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari responden akan dijamin dengan cara mengaburkan identitas dari responden tersebut.

3. Kesimpulan

Dari data yang telah disajikan, lalu dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian yang terdahulu dan secara teoritis dengan pelayanan kesehatan titik penarikan kesimpulan ini dilakukan dengan cara metode induksi.

3.8 Etika Penelitian

Dicantumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus, terdiri dari:

1. *Informed Consent* (persetujuan menjadi klien)

Memberikan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden studi kasus dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed Consent* tersebut diberikan sebelum studi kasus dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *Informed Consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan studi kasus.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan studi kasus dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti studi kasus.

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran lokasi enelitian

Penelitian dilakukan di ruang Mawar di RSJ Dr. Radjiman Wediodinigrat, Jl. A Yani, Krajan Utara, Sumber Porong, Kec. Lawang, Kabupaten Malang. Ruangan Mawar merupakan ruangan IPCU khusus untuk perempuan dengan kapasitas 20 tempat tidur.

4.1.2 Karakteristik partisipan

Tabel 4.1 Identitas Klien

Identitas Klien	Hasil data
Nama	Nn. F
Umur	17 tahun
Alamat	Malang
Pendidikan	SMP
Agama	Islam
Status	Belum menikah
Pekerjaan	Wiraswasta
Jenis kelamin	Perempuan
Tanggal MRS	13 Mei 2023
Tanggal Dirawat di Ruangan	13 Mei 2023
Tanggal Pengkajian	15 Mei 2023
Ruang Rawat	Ruang Mawar

Sumber : Data primer 2023

4.1.3 Data Asuhan Keperawatan

Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan

Riwayat Kesehatan	Hasil Data
Data Primer	-Klien megatakan mendengar suara-suara
Data sekunder	-Klien tampak berbicara dan tertawa sendiri -Klien tampak berbicara seolaj mendengar sesuatu

Sumber : Data primer 2023

1. Riwayat penyakit sekarang dan faktor presipitasi

Pada tanggal 13 Mei 2023 klien marah-marrah setelah pulang dari kontrol, berbicara sendiri dan melantur.

2. Faktor Predisposisi

a. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ?

Ya

Tidak

Jika Ya, Jelaskan :

Klien sudah 2x dirawat di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dengan keluhan yang sama, yaitu marah-marrah tanpa sebab.. mrs pertama padatanggal 04 Februari 2023.

3. Faktor Penyebab/ Pendukung :

a. Faktor trauma

Table 4.3 faktor penyebab

	Usia	Pelaku	Korban	Saksi
Aniayafisik				
Aniayaseksual				
Penolakan	17 thn	Teman	Klien	Keluarga
Kekerasan dalam keluarga				
Tindakan kriminal				

Jelaskan :

Klien mendapat perlakuan yang kurang menyenangkan dari teman-temannya yaitu berupa bullying, klien juga memiliki masalah pribadi dengan teman perempuannya terkait masalah laki-laki.

Diagnosa Keperawatan : Harga diri rendah

- b. Pernah melakukan upaya/ percobaan/ bunuh diri

Jelaskan : Klien pernah melakukan percobaan bunuh diri

Diagnosa Keperawatan : Resiko bunuh diri

- c. Pengalaman masalah yang tidak menyenangkan (peristiwa kegagalan, kematian, perpisahan)

Jika ada jelaskan :

Klien memiliki masalah dengan teman perempuannya tentang laki-laki dan mendapatkan bullying dari teman-temannya.

Diagnosa Keperawatan : Koping individu tidak efektif

- d. Pernah mengalami penyakit fisik (termasuk gangguan tumbuh kembang)

Ya

Tidak ■

Jika ya jelaskan :

Klien tidak mengalami penyakit fisik (klien tidak mengalami gangguan tumbuh kembang)

Diagnosa Keperawatan : -

e. Riwayat penggunaan NAPZA

Klien tidak memiliki riwayat penggunaan NAPZA

Diagnosa Keperawatan : -

f. Upaya yang telah dilakukan terkait kondisi di atas dan hasilnya :

Jelaskan : Tidak terkaji

Diagnosa Keperawatan : -

¹² 4. Riwayat Penyakit Keluarga

Anggota keluarga yang gangguan jiwa ?

Ada

Tidak

Kalau ada :

Hubungan keluarga : -

Gejala : -

Riwayat pengobatan : -

5. Pemeriksaan Fisik

Tanggal : 15 Mei 2023

Keadaan umum : secara umum klien tidak memiliki riwayat penyakit apapun dan keadaan fisik tampak

stabil

⁷ b. Tanda vital:

TD: 118/91 mm/Hg

N: 137 x/m

S : 36.8 C

R: 20 x/m

c. **Ukur:** BB 58 kg TB 160 cm

d. Keluhan fisik:

- Keluhan lain
- Tidak ada keluhan

Jelaskan: Tidak ada keluhan fisik apapun

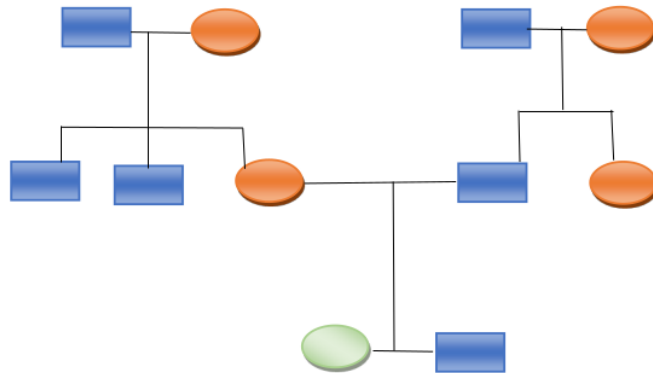
Masalah / Diagnosa Keperawatan : -

6. Pengkajian Psikososial

1. Genogram:


Tiga generasi

Gambar 4.1 Genogram



Penjelasan :

 Perempuan

 : Laki-laki

 : Klien

Jelaskan:

Pasien adalah anak pertama dari dua bersaudara, saudara klien masih berada di bangku sekolah.

Masalah / Diagnosa Keperawatan : -

2. Konsep Diri

- a. Citra tubuh : Klien mengatakan puas dengan postur tubuhnya
- b. Identitas : Klien tampak tidak peduli terhadap identitas klien ditandai dengan klien tidak menjawab dengan benar saat ditanya mengenai pekerjaan dan sekolah klien
- c. Peran : klien tampak kurang mampu dalam menjalankan perannya ditandai dengan kondisi klien yang masih tidak kooperatif karena berbicara sendiri dan juga sesekali mengamuk.
- d. Ideal diri : klien tidak peduli terhadap ideal dirinya ditandai dengan klien yang masih di restraint karena masih sering mencoba membuka bajunya.
- e. Harga diri : klien tampak tidak peduli dengan harga dirinya ditandai dengan klien yang berulang kali mencoba menanggalkan bajunya

Diagnosa Keperawatan: Harga diri rendah

7. Hubungan sosial

- a. Orang yang berarti/terdekat:

Sepupu (Mbak Dyah), klien selalu menyebut ingin bertemu mbak Dyah

- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat:

Dalam berhubungan sosial dengan temannya, klien tampak kurang mampu dikarenakan klien masih belum kooperatif dan masih menggunakan restraint

- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain:

Hambatannya tampak pada cara klien menjawab pertanyaan dengan jawaban yang asal dan belum sepenuhnya dapat membina hubungan saling percaya terhadap banyak orang

Diagnosa Keperawatan : Kerusakan komunikasi

8. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Klien mengatakan kalau agamanya adalah agama Islam

b. Kegiatan ibadah

Klien tidak menyadari kalau klien mengalami gangguan jiwa

9. Status Mental

a. Penampilan

- Tidak rapi
- Penggunaan pakaian tidak sesuai
- Cara berpakaian tidak sesuai fungsinya

Jelaskan:

Penampilan klien terlihat lebih tua dari usianya, klien terlihat kurang rapi (berantakan, sering ingin membuka baju), klien tampak kurang bersih (ditandai dengan kuku yang panjang dan sedikit kotor)

Masalah / Diagnosa Keperawatan: Defisit perawatan diri

b. Pembicaraan

- Cepat ■
- Keras

- Gagap
- Apatis
- Lambat
- Membisu
- Tidak mampu memulai pembicaraan
- Lain-lain.....

Jelaskan:

Frekuensi : klien berbicara dengan sangat cepat dan berulang-ulang

Volume : pelan dan hampir tidak

Jumlah: klien berbicara banyak

Karakter: kalimat yang diucapkan klien bersambung

Diagnosa Keperawatan: Kerusakan komunikasi

c. Aktifitasmotorik/ Psikomotor

Kelambatan :

- Hipokinesia, hipoaktifitas
- Katalepsi
- Sub stupor katatonik
- Fleksibilitas serebra

Jelaskan:

Klien dapat meniru gerakan perawat seperti saat diminta melambaikan tangan

Peningkatan :

Hiperkinesia,hiperaktifitas	Grimace
Gagap	■tomatisma
Stereotipi	Negativisme
GaduhGelisahKatatonik	Reaksikonversi
Mannarism	Tremor
Katapleksi	■erbigerasi
Tik	Berjalankaku/rigid
■Ekhopraxia	Kompulsif
Command automatism	

Jelaskan:

Klien mampu menirukan gerakan orang lain secara langsung saat melihat dan juga mampu melaksanakan perintah sederhana seperti melambaikan tangan dan klien mengulang-ulang kalimat yang diucapkannya saat diberikan pertanyaan.

Diagnosa Keperawatan : Perilaku kekerasan

10. Afek dan Emosi

a. Afek

- Adekuat
- Tumpul
- Dangkal/datar
- Inadekuat
- Labil ■
- Ambivalensi

Jelaskan:

Emosi klien cepat sekali berubah-ubah (ditandai dengan px sesekali tertawa dan menangis tanpa ada sebab)

Diagnosa Keperawatan: Kerusakan interaksi

b. Emosi

- Kesepian ■
- Apatis
- Marah
- Anhedonia
- Eforia
- Cemas (ringan, sedang, berat, panic)
- Sedih
- Depresi ■
- Keinginan bunuh diri

Jelaskan:

Klien tampak depresi, ketakutan, euforia, khawatir dan kesepian (ditandai dengan sikap klien yang kurang terkontrol dan belum kooperatif)

Diagnosa Keperawatan : Ansietas

11. Interaksi selama wawancara

- Bermusuhan
- Tidak kooperatif
- Mudah tersinggung

- Kontak mata kurang
- Defensif
- Curiga

Jelaskan:

Klien tidak menjawab secara benar, ditandai dengan sulit berfokus

Diagnosa Keperawatan : Kerusakan komunikasi

12. Persepsi – Sensorik

Halusinasi

- Pendeng^{an}
- Penglihatan
- Perabaan
- Pengecapan
- Penciuman

Ilusi

- Ada
- Tidak ada

Depersonalisasi

- Ada
- Tidakada

Derealisasi

- Ada
- Tidak ada

Jelaskan:

Klien memiliki halusinasi pendengaran ditandai dengan klien berbicara sendiri dan mengatakan kalau mendengar suara kuntilanak dan juga mendengar suara- temannya yang membullynya

Diagnosa Keperawatan : Perubahan persepsi sensori (Halusinasi pendengaran)

13. Proses Pikir

a. Arus Pikir :

- Koheren
- Inkoheren ■
- Sirkumstansial
- Neologisme
- Tangensial
- Logorea ■
- Kehilanganasosiasi
- Bicaralambat
- Flight of idea
- Bicaracepat
- Irrelevansi
- Main kata-kata
- Blocking
- Pengulangan ■ Pembicaraan /perseverasi
- Afasia
- Asosiasibunyi

Jelaskan:

Klien berbicara berulang-ulang tanpa kontrol dan tidak koheren

Diagnosa Keperawatan: Gangguan proses pikir

b. Isi Pikir

- Obsesif
- Ekstasi
- Fantasi
- Alienasi
- Pikiran Bunuh Diri
- Pre okupasi
- Pikiran Isolasi sosial
- Ide yang terkait
- Pikiran Rendah diri
- Pesimisme
- Pikiran magis
- Pikiran curiga

Jelaskan:

Klien tampak menyimpan sakit hati yang kuat sehingga mengganggu pikirannya dari waktu ke waktu

Diagnosa Keperawatan: Gangguan proses pikir

14. Kesadaran

- Menurun:
- Compos mentis
- Sopor

- Apatis/sedasi
- Subkoma
- Somnolensia
- Koma
- Meninggi
- Hipnosa
- Disosiasi:
- Gangguan perhatian

Jelaskan:

Klien tidak mudah fokus dan akan mudah teralih apabila mendengar suara dari lingkungan sekitarnya

Masalah / Diagnosa Keperawatan: Gangguan proses pikir

a. Orientasi

- Waktu
- Tempat
- Orang ■

Jelaskan:

Klien memiliki orientasi terhadap orang, mengatakan kalau beberapa orang adalah ibunya

Diagnosa Keperawatan: Gangguan proses pikir

b. Memori

- Gangguan daya ingat jangka panjang (> 1 bulan)
- Gangguan daya ingat jangka pendek (1 hari – 1 bulan)

- Gangguan daya ingat saat ini (< 24 jam)
- Amnesia
- Paramnesia
- Konfabulasi
- Dejavu
- Jamaisvu
- Fause reconnaissance
- hiperamnesia

Jelaskan:

Klien memiliki daya ingat yang pendek saat ditanya siapakah yang menyuapinya makan tadi pagi, klien menjawab kalau itu ibunya

Diagnosa Keperawatan : Gangguan proses pikir

16. Tingkat konsentrasi dan berhitung

- Mudah beralih
- Tidak mampu berkonsentrasi
- Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan:

Klien mudah beralih dan tidak mampu berkonsentrasi dan tidak dapat berhitung secara runtut

Diagnosa Keperawatan : Gangguan proses pikir

17. Kemampuan penilaian

- Gangguan ringan
- Gangguan bermakna

Jelaskan:

Klien tidak mampu mengambil keputusan sederhana apabila ada gangguan yang dialaminya

Diagnosa Keperawatan : Gangguan Proses pikir

18. Daya tilik diri

- Mengingkari penyakit yang diderita
- Menyalahkan hal-hal di luar dirinya

Jelaskan:

Klien mengingkari penyakit jiwa yang dideritanya dan menyalahkan hal-hal di luar dirinya

Diagnosa Keperawatan : Gangguan proses pikir

19. Mekanisme Koping

Gambar 4.4 mekanisme koping

Adaptif	Maladaptif
Bicara dengan orang lain	Minumal khohol
Mampu menyelesaikan masalah	Reaksi lambat/ berlebihan
Teknik relaksasi	Bekerja berlebihan
Aktifitas konstruktif	Menghindar
Olah raga	Mencideraidiri
Lain-lain.....	Lain-lain.....

Jelaskan :

Klien mampu berbicara dengan orang lain meskipun tidak ada kontak mata dan juga klien mampu menanggapi menjawab pertanyaan sederhana

Diagnosa Keperawatan : Kegiatan Menyesuaikan

20. Aspek Pengetahuan

- Penyakit/gangguan jiwa

- Sistem pendukung
- Faktor presipitasi
- Mekanisme koping
- Penyakitfisik
- Obat-obatan
- Lain-lain, jelaskan

Jelaskan:

Diperlukan adanya sistem pendukung yang lebih ekstra, yaitu dukungan keluarga.

Diagnosa Keperawatan: Ketidakefektifan penatalaksanaan regimen terapeutik

21. Aspek Medis

Diagnosis medik : Axis I : F25.0 Schizoffective disorder, manic type

Axis IV : masalah berhubungan dengan lingkungan sosial

Terapimedik: - Defenhindamine 20 mg (2 amp) 1 unit

- Gentamicy Salfue

- Clozopine 100 mg 1-1-0-2 TB oral

- Trifluoperazin 5 mg

22. Analisis Data

Table 4.5 Analisis data

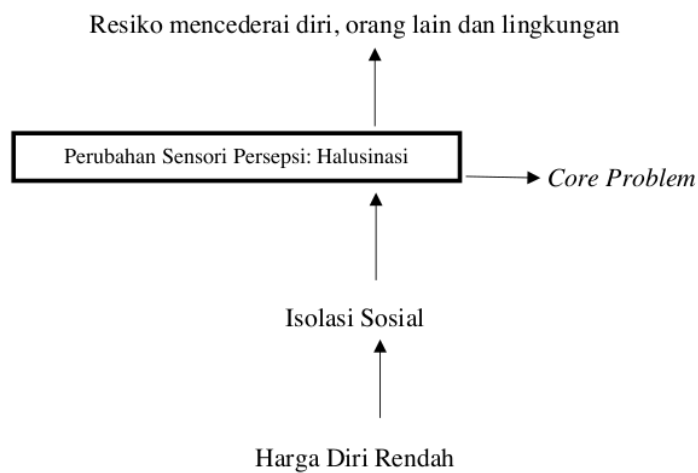
NO	DATA	MASALAH / DIAGNOSA KEPERAWATAN
----	------	--------------------------------

1.	DS: -Klien mengatakan mendengar suara-suara DO: -Klien tampak berbicara dan tertawa sendiri -Klien tampak berbicara seolah mendengar sesuatu -Klien tidak bisa berfokus	Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran
2.	DS: -Klien menjawab pertanyaan tanpa kontak mata dan kurang konsentrasi -Klien mengatakan malu dan sakit hati karena dibully teman-temannya DO: -Klien berbicara dengan suara lirih -Klien sering menghindari kontak mata	Harga diri rendah

23. Diagnosa Keperawatan

- a. Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran
- b. Harga diri rendah

24. Pohon Masalah



25. Prioritas Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

4.1.4 Rencana Keperawatan

Tabel 4.6 Intervensi Keperawatan

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Intervensi
		Tujuan	Kriteria Evaluasi	
	Resiko mencederai diri sendiri orang lain dan lingkungan berhubungan dengan halusinasi pendengaran.	Tujuan umum: Klien tidak mencederai diri sendiri/orang lain/lingkungan.		
		Tujuan khusus 1: Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.	Klien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat dengan kriteria hasil: Membalas sapaan perawat Ekspresi wajah bersahabat dan senang. Ada kontak mata. Mau berjabat tangan. Mau menyebut nama. Klien mau duduk berdampingan dengan perawat. Klien mau mengutarakan masalah yang dihadapi.	<ol style="list-style-type: none"> Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik: <ol style="list-style-type: none"> Sapa klien dengan rama baik verbal maupun nonverbal. Perkenalkan diri dengan sopan. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan kesukaan klien. Jelaskan maksud dan tujuan interaksi. Berikan perhatian pada klien, perhatikan kebutuhan dasarnya. Beri kesempatan klien mengungkapkan perasaannya. Dengarkan ungkapan klien dengan empati.
		Tujuan khusus 2: Klien dapat mengenali halusinasinya.	Klien mampu mengenali halusinasinya dengan kriteria hasil: Klien dapat menyebutkan waktu, timbulnya halusinasi. Klien dapat mengidentifikasi kapan frekuensi	<ol style="list-style-type: none"> Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap. Tanyakan apa yang didengar dari halusinasinya. Tanyakan kapan halusinasinya datang. Tanyakan isi halusinasinya. Bantu klien mengenal halusinasinya

			<p>situasi saat terjadi halusinasi. Klien dapat mengungkapkan perasaannya saat muncul halusinasi.</p>	<p>Jika menemukan klien sedang halusinasi, tanyakan apakah ada suara yang didengar. Jika klien menjawab ada, lanjutkan apa yang dikatakan. Katakan bahwa perawat percaya klien mendengar suara itu, namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh atau menghakimi). Katakan bahwa klien lain juga ada yang seperti klien. Katakan bahwa perawat akan membantu klien. 6. Diskusikan dengan klien: Situasi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi. Waktu, frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore dan malam atau jika sendiri, jengkel atau sedih) 7. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah/takut, sedih, senang) beri kesempatan mengungkapkan perasaan.</p>
--	--	--	---	---

4.1.5 Pelaksanaan

1. SPTK hari ke 1

Hari : Senin

Tanggal : 15 Mei 2023

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien:

DS: klien mengatakan masih terus mendengar suara-suara

DO: klien tampak berbicara sendiri dan sulit untuk fokus

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

3. Tujuan Khusus (TUK)

- Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat
- Klien dapat mengenali halusinasinya

4. Tindakan Keperawatan

- Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip terapeutik
- Beri kesempatan klien mengungkapkan perasaannya
- Dengarkan ungkapan klien dengan empati
- Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

a. FASE ORIENTASI

1. Salam Terapeutik

"Selamat pagi Mbak perkenalkan nama saya Nurul Ulum Abdullah. Saya senang dipanggil Ulum, Saya dari ITSkes ICMe Jombang, profesi ners yang akan praktik di ruang ini selama 2 minggu kedepan, nama Mbak siapa dan senang dipanggil apa?"

2. Evaluasi / Validasi

"Bolehkah saya tahu bagaimana perasaan Mbak F pagi ini?"

3. Kontrak

Topik : *"hari ini kita berbincang-bincang tentang identitas masing-masing ya Mbak, agar kita saling mengenal dan juga akan berbicara mengenai halusinasi".*

Waktu : *"saya minta waktunya 20 menit ya mbak "*

Tempat : *" kita berbincang-bincang di ruangan ini saja ya mbak "*

b. FASE KERJA

" Mbak F untuk hari ini, adakah yang ingin Mbak sampaikan atau ingin Mbak ceritakan kepada saya? "

"Di sini Saya bersedia mendengarkan keluh kesah Mbak F dengan senang hati dan tidak akan membocorkannya kepada siapapun yang tidak Mbak kehendaki"

"Apakah Mbak F mendengar suara-suara tanpa ada wujudnya? Karena tadi saya sempat melihat Mbak F berbicara sendiri seolah-olah menggapai sesuatu"

"Bolehkah saya tahu apa yang Mbak dengar?"

"Seperti apakah suara itu? "

c. FASE TERMINASI

1. Evaluasi Respon Klien terhadap Tindakan Keperawatan Evaluasi Subyektif (Klien)

"Mbak F apakah dengan kita berbincang-bincang barusan Mbak F merasa lebih baik kan?"

"

Evaluasi Obyektif (Perawat)

"Baiklah Mbak F apakah di hari berikutnya Mbak bersedia berbincang-bincang lagi dengan saya?"

2. Rencana Tindakan Lanjut

"Kalau ada apa-apa, misalnya Mbak ingin bercerita Mbak bisa memanggil saya ataupun perawat lainnya yang Mbak percaya ya, boleh juga memanggil saya kalau mendengar suara-suara lagi "

3. Kontrak yang akan datang

Topik : "Untuk pertemuan berikutnya kita bahas tentang suara apa yang Mbak dengar ya".

Waktu: "Waktunya tetap sama yaitu sekitar kurang lebih 20 menit"

Tempat: "Dan mengenai tempat, tetap di tempat ini ya Mbak F "

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Tabel 4.7 implementasi dan evaluasi

NO DX	TANGGAL & JAM	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI
	15 Mei 2023	Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip terapeutik Memberi kesempatan klien mengungkapkan perasaannya Mendengarkan ucapan klien dengan empati Mengadakan kontak sering dan singkat secara bertahap.	Klien mengatakan sakit di pikiran karena telah mendengar suara-suara - klien mau berkomunikasi dengan perawat - klien tampak sulit fokus klien tampak sering berbicara sendiri : pelayan masih belum kooperatif : klien masih terus di observasi dan intervensi dilanjutkan.

2. SPTK hari ke 2

Hari : Selasa

Tanggal : 16 Mei 2023

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien:

DS: klien mengatakan masih terus mendengar suara-suara

DO: klien tampak berbicara sendiri dan sulit untuk fokus

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

3. Tujuan Khusus (TUK)

- Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat
- Klien dapat mengenali halusinasinya

4. Tindakan Keperawatan

- Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip terapeutik
- Beri kesempatan klien mengungkapkan perasaannya
- Dengarkan ungkapan klien dengan empati
- Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

a. FASE ORIENTASI

1. Salam Terapeutik

"Selamat pagi Mbak F, masih ingat dengan saya? Saya perawat Ulum, yang berbincang-bincang dengan Mbak"

2. Evaluasi / Validasi

" Kita lanjutkan perbincangan yang kemarinya Mbak. Sebelum itu saya ingin bertanya mengenai perasaan Mbak, bagaimana Mbak saat ini?"

3. Kontrak

Topik : " hari ini kita akan belajar mengontrol halusinasi ya mbak".

Waktu : "baiklah, saya minta waktunya 20 menit untuk kita berbincang-bincang ya mbak, apakah mbak setuju? "

Tempat : " kita berbincang-bincang di ruangan ini saja ya mbak "

b. FASE KERJA

" Mbak F untuk hari ini, adakah yang ingin Mbak sampaikan atau ingin Mbak ceritakan kepada saya? "

"Di sini Saya bersedia mendengarkan keluh kesah Mbak F dengan senang hati dan tidak akan membocorkannya kepada siapapun yang tidak Mbak kehendaki"

"Apakah Mbak F mendengar suara-suara tanpa ada wujudnya? Karena tadi saya sempat melihat Mbak F berbicara sendiri seolah-olah menggapai sesuatu"

"Bolehkah saya tahu apa yang Mbak dengar?"

"Seperti apakah suara itu? "

c. FASE TERMINASI

1. Evaluasi Respon Klien terhadap Tindakan Keperawatan Evaluasi Subyektif (Klien)

"Mbak F apakah dengan kita berbincang-bincang barusan Mbak F merasa lebih baik kan?"

"

Evaluasi Obyektif (Perawat)

"Baiklah Mbak F apakah di hari berikutnya Mbak bersedia berbincang-bincang lagi dengan saya?"

2. Rencana Tindakan Lanjut

"Kalau ada apa-apa, misalnya Mbak ingin bercerita Mbak bisa memanggil saya ataupun perawat lainnya yang Mbak percaya ya, boleh juga memanggil saya kalau mendengar suara-suara lagi "

3. Kontrak yang akan datang

Topik : "Untuk pertemuan berikutnya kita akan mengulang pembelajaran hari ini ya Mbak".

Waktu: "Waktunya tetap sama yaitu sekitar kurang lebih 20 menit"

Tempat: "Dan mengenai tempat, tetap di tempat ini ya Mbak F "

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Tabel 4.8 implementasi dan evaluasi

NO DX	TANGGAL & JAM	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI
	16 Mei 2023	Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip terapeutik Memberi kesempatan klien mengungkapkan perasaannya Mendengarkan ucapan klien dengan empati Mengadakan kontak sering dan singkat secara bertahap.	klien mengatakan masih mendengar suara-suara - Klien tampak berbicara sendiri - Klien tampak berubah-ubah ekspresi dengan cepat kelayan tampak sulit untuk fokus : klien masih belum kooperatif P: intervensi dilanjutkan.

3. SPTK hari ke 3

Hari : Rabu

Tanggal : 17 Mei 2023

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien:

DS: klien mengatakan masih terus mendengar suara-suara

DO: klien tampak berbicara sendiri dan sulit untuk fokus

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

3. Tujuan Khusus (TUK)

- Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat
- Klien dapat mengenali halusinasinya
- Klien dapat mengontrol halusinasinya

4. Tindakan Keperawatan

- Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip terapeutik
- Beri kesempatan klien mengungkapkan perasaannya
- Dengarkan ungkapan klien dengan empati
- Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap
- Tanyakan apa yang didengar dari halusinasinya
- Bantu klien mengenal halusinasinya

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

a. FASE ORIENTASI

1. Salam Terapeutik

"Selamat pagi Mbak F, masih ingat dengan saya? Saya perawat Ulum, yang berbincang-bincang dengan Mbak"

2. Evaluasi / Validasi

" Kita lanjutkan perbincangan yang kemarin Mbak. Sebelum itu saya ingin bertanya mengenai perasaan Mbak, bagaimana Mbak saat ini?"

3. Kontrak

Topik : " hari ini kita akan belajar mengontrol halusinasi ya Mbak".

Waktu : "baiklah, saya minta waktunya 20 menit untuk kita berbincang-bincang ya Mbak, apakah Mbak setuju? "

Tempat : " kita berbincang-bincang di ruangan ini saja ya Mbak "

b. FASE KERJA

"Mbak F apakah Mbak masih mendengar suara kuntilanak? "

"Berapa kali dalam sehari Mbak F mendengar suara itu?"

"Biasanya suara itu akan muncul apabila Mbak F melakukan apa?"

"Berapa lama suara itu didengar Mbak F?"

"Baiklah Mbak, sekarang saya ajarkan cara untuk menghilangkan suara itu, yang pertama mbak F harus yakin kalau suara itu tidak ada atau hanya sekedar suara palsu. Lalu setelah itu Mbak F bisa melakukan cara dengan menutup kedua telinga Mbak f. Tapi jangan lupa tanamkan di hati kalau suara itu hanya suara palsu".

c. FASE TERMINASI

1. Evaluasi Respon Klien terhadap Tindakan Keperawatan Evaluasi Subyektif (Klien)

"Mbak F apakah Mbak F sudah paham kalau suara itu hanya suara palsu?"

"Apakah Mbak sudah bisa melakukan cara mengontrol halusinasi dari suara yang Mbak F dengar? "Evaluasi Obyektif (Perawat)

"Baiklah sekarang kita coba lagi mempraktikkan cara menutup telinga saat mendengar suara itu sambil menanamkan dalam hati kalau suara itu hanya suara palsu ya mbak".

"Bisa mbak ulangi lagi?"

2. Rencana Tindakan Lanjut

"Mbak kalau suara-suara itu muncul lagi, mbak F bisa melakukan cara yang saya ajarkan tadi ya mbak".

3. Kontrak yang akan datang

Topik : *"Untuk pertemuan berikutnya kita akan mengulang pembelajaran hari ini ya Mbak".*

Waktu: *"Waktunya tetap sama yaitu sekitar kurang lebih 20 menit"*

Tempat: *"Dan mengenai tempat, tetap di tempat ini ya Mbak F "*

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Tabel 4.9 implementasi dan evaluasi

NO DX	TANGGAL & JAM	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI
	17 Mei 2023	<p>Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip terapeutik</p> <p>Memberi kesempatan klien mengungkapkan perasaannya</p> <p>Mendengarkan ucapan klien dengan empati</p> <p>Mengadakan kontak sering dan singkat secara bertahap.</p> <p>Menanyakan apa yang didengar dari halusinasinya</p> <p>Membantu klien mengenal halusinasinya</p>	<p>klien mengatakan masih mendengar suara kuntilanak</p> <p>- Klien masih sulit fokus</p> <p>- Klien masih berbicara sendiri</p> <p>Kelayan masih suka melamun</p> <p>: klien masih belum kooperatif</p> <p>: intervensi masih terus dilanjutkan.</p>

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Pengkajian pada klien dengan diagnosa skizofrenia diperoleh data dari psikisnya yaitu klien tampak berbicara dan tertawa sendiri sambil mengarahkan telinganya ke arah tertentu seolah-olah mendengar sesuatu. Sedangkan data dari fisiknya didapatkan data yang cukup baik ditandai dengan tidak adanya keluhan, tanda maupun gejala cidera pada fisik.

Menurut peneliti terdapat kesesuaian dari hasil pengkajian atau fakta dengan teori yang dibuktikan, klien mengalami masalah dengan kejiwaannya yaitu perpecahan pikiran,, kondisi ini terjadi disebabkan oleh adanya problematika hidup dan ketidakadekuatan mekanisme koping pada individu.

Perpecahan pikiran pada klien ditandai dengan adanya gangguan fundamental spesifik, yaitu gangguan pikiran yang ditandai dengan gangguan asosiasi, atau dapat disebut dengan asosiasi longgar. Gejala gangguan lainnya yaitu gangguan

afektif, autism dan juga ambivalesi. Sedangkan gejala sekundernya adalah waham dan halusinasi (Stuart, 2019).

4.2.2 Diagnosa

Diagnosa yang muncul pada klien yaitu perubahan persepsi sensori berupa halusinasi pendengaran yang ditandai dengan klien selalu berbicara sendiri dan seolah-olah mengarahkan pendengarannya ke arah tertentu.

Peneliti berpendapat bahwa terdapat kesesuaian dalam menegakkan diagnosa keperawatan pada klien dikarenakan pengkajian pada klien sudah termasuk ke dalam karakteristik konsep keperawatan jiwa.

Klien pada halusinasi cenderung menarik diri, sering didapatkan duduk terpaku pada pandangan mata pada satu arah tertentu, tersenyum atau berbicara sendiri, secara tiba-tiba marah dan menyerang orang lain, gelisah atau melakukan gerakan seperti sedang menikmati sesuatu, tanda dan gejala halusinasi menurut Direja (2021).

4.2.3 Perencanaan

Intervensi yang diberikan kepada pasien dengan perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran yaitu BHSP atau yang sering disebut Bina Hubungan Saling Percaya terlebih dahulu, dikarenakan klien belum kooperatif untuk diikutsertakan dalam aktivitas kelompok (TAK).

Intervensi keperawatan yang telah dibuat untuk diimplementasikan kepada klien, peneliti tidak melihat adanya kesenjangan antara fakta dengan teori. Peneliti berpendapat berdasarkan fakta di atas intervensi keperawatan yang dibuat untuk

klien sudah sesuai dengan teori dan diagnosa keperawatan jiwa. Dengan adanya *bhsp* maka akan didapatkan informasi sebagai acuan untuk membuat rencana keperawatan selanjutnya seperti aktivitas kelompok (TAK).

Terapi aktivitas kelompok (TAK) stimulus sensori aktivitas digunakan sebagai stimulus pada sensori klien. Kemudian diobservasi reaksi sensori klien terhadap stimulus yang disediakan, berupa ekspresi perasaan secara nonverbal (ekspresi wajah dan gerakan tubuh). Biasanya klien yang tidak mau mengungkapkan komunikasi verbal akan terstimulasi emosi dan perasaannya, serta menampilkan respon. Aktivitas yang digunakan sebagai stimulus adalah musik, seni menyanyi, menari titik jika hobi klien diketahui sebelumnya, dapat dipakai sebagai stimulus, misalnya lagu kesukaan klien dapat digunakan sebagai stimulus (Keliat, 2020).

4.2.4 pelaksanaan

Implementasi keperawatan yang diterapkan pada klien perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran sudah sejalan dengan intervensi yang dibuat yaitu salah satunya melakukan BHSP sebelum melanjutkan dengan aktivitas kelompok (TAK).

BHSP atau Bina Hubungan Saling Percaya menjadi salah satu penatalaksanaan yang diterapkan untuk memberikan rasa nyaman dan aman terhadap klien dengan harapan agar klien mau berkomunikasi secara kooperatif.

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana keperawatan, sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawatan

perlu memvalidasi, apakah rencana keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi klien saat ini (Kusumawati & Hartono, 2021).

4.2.5 Evaluasi

Selama tiga hari dilakukannya evaluasi keperawatan diperoleh hasil di hari terakhir yaitu klien sudah dapat membina hubungan saling percaya dan mengetahui isi dari halusinasinya juga.

Hasil asesmen keperawatan terhadap klien setelah dilakukan penatalaksanaan menurut peneliti memperlihatkan perbaikan kondisi yaitu mau menyampaikan apa yang dirasakannya.

Kusumawati (2021) menjelaskan bahwa evaluasi yang dapat diambil dari kasus ini dapat dibagi menjadi dua yaitu: Evaluasi proses (Formatif) yang dilakukan setiap setelah melakukan tindakan keperawatan dan evaluasi hasil (Sumatif) dilakukan dengan cara membandingkan respon klien dengan tujuan yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai pola pikir.

KESIMPULAN DAN SARAN**5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian yang penulis dapatkan dari kasus skizofrenia pada asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa keperawatan perubahan persepsi sensori pada Nn. F di ruang Mawar RSJ Dr. Radjiman Widiodyaningrat Lawang, maka penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian pada Nn. F di ruang Mawar RSJ Dr. Radjiman Widiodyaningrat Lawang
2. Diagnosis keperawatan utama yang muncul pada Nn. F yaitu gangguan persepsi sensor : halusinasi pendengaran.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan sesuai dengan masalah yang ditemukan pada Nn. F yaitu : BHSP (bina hubungan saling percaya), mengenal jenis halusinasi, dan menghardik halusinasi.
4. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah disusun, implementasi keperawatan pada Nn. F dilakukan tanggal 15 Mei 2023-22 Mei 2023. Sebagian besar rencana tindakan keperawatan dapat dilaksanakan pada implementasi keperawatan.
5. Evaluasi tindakan keperawatan pada Nn. F yang dilakukan selama 3 (hari) dalam bentuk SOAP yaitu masalah teratasi sebagian.

5.2 Saran

1. Untuk RSJ Dr. Radjiman Widiodyaningrat Lawang

Penulis merekomendasikan kepada pihak rumah sakit agar dilakukan penyegaran asuhan keperawatan khususnya pada masalah keperawatan perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran. Sehingga perawat dapat lebih tanggap dengan kondisi klien dan dapat memberikan mutu pelayanan kepada klien lebih optimal.

2. Untuk Keluarga

Bagi keluarga setelah diberikan promosi kesehatan tentang perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran keluarga mampu memperhatikan tanda dan gejalanya agar penanganan pada pasien dengan masalah perubahan persepsi sensori dapat ditangani lebih cepat, tepat dan membantu intervensi keperawatan.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat dijadikan wacana dan pengetahuan tentang perkembangan ilmu keperawatan serta sebagai data dasar untuk melakukan penelitian terutama pada klien perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan pada klien secara maksimal.

4. Bagi institusi pendidikan

Peneliti berharap agar pihak institusi pendidikan menyediakan dan memperbanyak sumber buku dan kepustakaan tentang keperawatan jiwa dengan diagnosa skizofrenia dengan masalah keperawatan perubahan persepsi sensori : halusinasi.

5. Bagi penulis

Diharapkan penulis dapat menerapkan ilmu serta pengalaman selama studi kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose skizofrenia dengan masalah keperawatan

perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran di ruang Mawar RSJ Dr. Radjiman
Wdiodiningrst Lawang sebagai acuan dan arahan dalam melakukan asuhan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ajaswarni, T. (2020). *Komunikasi Dalam Keperawatan*.
- Indriawan, F. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Ruang Intermediate Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda. In *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Ruang Intermediate Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda* (Vol. 53, Issue 9). <http://dx.doi.org/10.1016/j.tws.2012.02.007>
- Istichomah, F. R. (2019). the Effectiveness of Family Knowledge About Schizophrenia Toward Frequency of Recurrence of Schizophrenic Family Members At Poly Mental Grhasia Mental Hospital D. I. Yogyakarta. *ISSN 2502-3632 (Online) ISSN 2356-0304 (Paper) Jurnal Online Internasional & Nasional Vol. 7 No.1, Januari – Juni 2019 Universitas 17 Agustus 1945 Jakarta*, 53(9), 1689–1699. www.journal.uta45jakarta.ac.id
- Jayanti, S. W., & Mubin, M. F. (2021). *Pengaruh Teknik Kombinasi Menghardik Dengan Zikir Terhadap Penurunan Halusinasi*.
- Juarni, L., Karimah, A., & Sajogo, I. (2021). *Lebih Dekat Denga Skizofrenia. Biro Koordinasi Kedokteran Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga*
- Santri, T. W. (2021, March 18). Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalahgangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Pada Ny.S. <https://doi.org/10.31219/Osf.Io/7ckhe>
- Oktaviani, Dwi, P031714401047. *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. K dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Ruang Rokan Rumah Sakit Jiwa Tampan*. 2020. PhD Thesis. Poltekkes Kemenkes Riau
- Notosoedirdjo, M., & Latipun. (2019). *Kesehatan Mental Konsep dan Penerapannya* (Edisi Keem). Universitas Muhammadiyah Malang.
- Palupi, D. N., Ririanty, M., & Nafikadini, I. (2019). Karakteristik Keluarga ODGJ dan Kepesertaan JKN Hubungannya dengan Tindakan Pencarian Pengobatan bagi ODGJ. *Jurnal Kesehatan*, 7(2), 82–92. <https://doi.org/10.25047/jkes.v7i2.81>
- Pima Astari, U. (2020). *Studi Literatur: Asuhan Keperawatan Pada Penderita Skizofrenia Dengan Masalah Keperawatan Halusinasi Pendengaran*. <https://doi.org/10.1016/J.APNU.2015>
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikaorn Diagnostik* (Edisi 1). DPP PPNI.

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA SKIZOFRENIA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN PERUBAHAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI DI RUANG MAWAR RSJ DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

ORIGINALITY REPORT

4%

SIMILARITY INDEX

4%

INTERNET SOURCES

0%

PUBLICATIONS

1%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

[vbook.pub](#)

Internet Source

<1%

2

[mariberbagi-c.blogspot.com](#)

Internet Source

<1%

3

[22081992.blogspot.com](#)

Internet Source

<1%

4

[bared18.wordpress.com](#)

Internet Source

<1%

5

[jurkes.polije.ac.id](#)

Internet Source

<1%

6

[akperpelni-choerudin.blogspot.com](#)

Internet Source

<1%

7

[amezkoplak.blogspot.com](#)

Internet Source

<1%

8

Submitted to Uplift Infinity Prep

Student Paper

<1%

9	jurnal.unigal.ac.id Internet Source	<1 %
10	mistergemma.blogspot.com Internet Source	<1 %
11	aabuhair.blogspot.com Internet Source	<1 %
12	maulayus.blogspot.com Internet Source	<1 %
13	Ika Firma Ningsih Dian Primasari, Arita Marini, Mohamad Syarif Sumantri. "Analisis Kebijakan Dan Pengelolaan Pendidikan Terkait Standar Penilaian Di Sekolah Dasar", Jurnal Basicedu, 2021 Publication	<1 %
14	repository.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source	<1 %
15	repository.um-surabaya.ac.id Internet Source	<1 %
16	jayapanguspress.penerbit.org Internet Source	<1 %
17	repository.unmuhjember.ac.id Internet Source	<1 %
18	vdocuments.mx Internet Source	<1 %

19	digilib.itskesicme.ac.id Internet Source	<1 %
20	repositori.usu.ac.id Internet Source	<1 %
21	ktijiwa.blogspot.com Internet Source	<1 %
22	texbuk.blogspot.com Internet Source	<1 %
23	indoaskep.blogspot.com Internet Source	<1 %
24	jurnal.iain-padangsidimpuan.ac.id Internet Source	<1 %
25	lppm.umla.ac.id Internet Source	<1 %
26	qdoc.tips Internet Source	<1 %

Exclude quotes Off

Exclude matches Off

Exclude bibliography Off

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA SKIZOFRENIA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN PERUBAHAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI DI RUANG MAWAR RSJ DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

GRADEMARK REPORT

FINAL GRADE

GENERAL COMMENTS

/0

PAGE 1

PAGE 2

PAGE 3

PAGE 4

PAGE 5

PAGE 6

PAGE 7

PAGE 8

PAGE 9

PAGE 10

PAGE 11

PAGE 12

PAGE 13

PAGE 14

PAGE 15

PAGE 16

PAGE 17

PAGE 18

PAGE 19

PAGE 20

PAGE 21

PAGE 22

PAGE 23

PAGE 24

PAGE 25

PAGE 26

PAGE 27

PAGE 28

PAGE 29

PAGE 30

PAGE 31

PAGE 32

PAGE 33

PAGE 34

PAGE 35

PAGE 36

PAGE 37

PAGE 38

PAGE 39

PAGE 40

PAGE 41

PAGE 42

PAGE 43

PAGE 44

PAGE 45

PAGE 46

PAGE 47

PAGE 48

PAGE 49

PAGE 50

PAGE 51

PAGE 52

PAGE 53

PAGE 54

PAGE 55

PAGE 56

PAGE 57

PAGE 58

PAGE 59

PAGE 60

PAGE 61

PAGE 62

PAGE 63

PAGE 64

PAGE 65

PAGE 66

PAGE 67

PAGE 68

PAGE 69

PAGE 70

PAGE 71
